FoU- rapport

Brukarperspektiv på kognitivt stöd - delaktighet för personer med psykisk funktionsnedsättning vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel.

Erika Högstedt

Pia Käcker

Handledare: Lena Haglund, Anette Kjellberg

Norrköpings kommun i samverkan med Linköpings universitet, LIU
Arbetsterapeutprogrammet

Sammanfattning

Syftet med projektet var att utveckla en arbetsmetod för att erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning och få vetskap om vilken typ av hjälpmedel de själva ville ha för att klara vardagen. Deltagare var 26 brukare samt personal. Metoden består av en arbetsmetod och en datainsamlingsmetod. Arbetsmetoden består i att personal och brukare genomgått utbildning om kognition och kognitiva hjälpmedel, att brukarna intervjuats och därefter valt hjälpmedel att prova och få förskrivna. I datainsamlingsmetoden beskrivs hur både brukare och personal besvarat enkäter. Resultatet visar att arbetsmetoden haft brister men i stort varit framgångsrik. 70 procent av brukarna har själva valt hjälpmedel som de fått förskrivna. Mer än hälften har funnit hjälpmedel som de köpt själva. Andelen brukare som känner till hjälpmedel som de anser sig behöva har uppmäts och är signifikant. Personalens attityd tenderar i viss mån ha hindrat brukarna från att få de hjälpmedel de behöver. Resultatet visar att kunskapen om kognitiva hjälpmedel har ökat hos både brukare och personal. Även brukarnas delaktighet vid utprovning och förskrivning har ökat. Den förskrivande arbetsterapeutens professionella förhållningssätt gentemot brukaren visar sig ha stor betydelse. Projektet bidrar till kunskapsproduktionen inom området.

Nyckelord: arbetsterapi, psykisk funktionsnedsättning, delaktighet, kognitiva hjälpmedel, kognitivt stöd, förskrivning.

Abstract

Title: Users perspective on cognitive aids – participation when prescribing cognitive assertive device for persons with mental disabilities.

The aim of this study was to develop a method to offer cognitive assertive device (CAD) to persons with mental disabilities (users) and find out which type of CAD they wanted in order to manage their everyday life. Participants were 26 users and there staff. The methods focused on educating about cognition and CAD to both staff and users and to interview the users before they chose a CAD. The method also describes how both users and staff responded to questionnaires. The results showed that the method had flaws but overall has been successful. 70 percent of the users have themselves chosen CAD that the occupational therapist then prescribed. More than 50 percent have found CAD they themselves bought. The results show that the proportion of users who recognizes CAD that they is significantly. Staff's attitudes have hade an influence on some users ability to get CAD and the knowledge of CAD has increased among both users and staff, and the users participation increased. It also turns out that the prescribing occupational therapist professional approach is very important. The study contributes to the production of knowledge in this field.

Keywords: Occupational therapy, psychiatric disability, participation, cognitive aids, cognitive assertive device, prescription.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund 6

1.1. Psykiska funktionsnedsättningar 6

1.2. Kognitiva hjälpmedel och kognitivt stöd 6

1.3. ICF 7

1.4. Delaktighet 8

1.5. Syfte 9

2. Metod 9

2.1 Arbetsmetod 9

2.2 Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod) 12

2.3. Etiska överväganden 13

3. Resultat 13

3.1 Arbetsmetod 13

3.2. Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod) 16

4. Diskussion 20

4.1. Metoddiskussion 20

4.2. Resultatdiskussion 22

5. Slutsats 24

6. Inför framtiden 24

6.1. Visningslokal 25

6.2. Portabel del 25

6.3. Utbildningsbehov 25

Referenser 27

Bilagor

1. Bakgrund

1.1. Psykiska funktionsnedsättningar

Nationell Psykiatrisamordning har utformat en definition med kriterier för när en person kan anses tillhöra målgruppen personer med psykiska funktionshinder. Definitionen hänvisar till de konsekvenser en psykisk sjukdom får för individen; ”En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och om dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning”. (Ambition och ansvar, Slutbetänkande av Nationell psykiatri samordning, SOU 2006:100). Begreppet personer med psykiska funktionshinder benämns i Socialtjänstlagen (§ 5:8) och används i olika sammanhang efter psykiatrireformen. Nationell psykiatrisamordning uppmärksammade tidigt i sitt arbete att området borde definieras för att uppdraget skulle tydliggöras. Kommuner och landsting har haft svårt att definiera målgruppen och detta har även uppmärksammats av Socialstyrelsen och länsstyrelserna.

Vid psykiska funktionsnedsättningar förekommer ofta svårigheter att planera, organisera och skapa rutiner (Dahlberg, 2010). Även svårigheter att initiera, genomföra och avsluta aktiviteter är vanligt förekommande liksom att hantera stress samt att återhämta sig. Många har även sömnrubbningar och problem med arbetsminnet. En del har svårigheter att fungera i sociala sammanhang. Vissa fastnar vid detaljer istället för att se helheter och det är vanligt med annorlunda sinnesupplevelser. Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha svårigheter att ta initiativ och kan uppleva osäkerhet. De kan även behöva stöd i att skapa struktur och att hantera tid och stress (Lundin, 2002).

För personer med psykiska funktionsnedsättningar finns genom lagen olika stödformer så som Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om Stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som ger dessa personer rättigheter för att kunna leva som andra. Det är viktigt att personer med kognitiva svårigheter i vardagen får stöd i olika former och olika professioner måste samarbeta (Sandell, 2009). Det är endast möjligt att stödja personen om professionella har ett helhetsperspektiv. Det hjälper inte att personen får medicinsk behandling om han eller hon inte samtidigt får rätt stöd att klara vardagssituationer. Även Anders Printz, chef för NU (enheten för nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, Socialstyrelsen) påpekar vikten av att olika professioner samarbetar för en bättre rehabilitering till personer med psykisk funktionsnedsättning (Arbetsterapeuten, 2009 nr.5). För att lyckas med detta måste en utbildningssatsning vara riktad till det tvärprofessionella teamet och inte enbart till en yrkesgrupp. Inom socialpsykiatrin måste personal på boendeenheter, sjuksköterskor, psykiatriskt utbildad personal och personal med en social kompetens arbeta tillsammans för att öka möjligheten för personer med psykisk funktionsnedsättning att klara vardagens aktiviteter.

1.2. Kognitiva hjälpmedel och kognitivt stöd

Kognitivt stöd kan definieras som allt man gör för att kompensera kognitiv funktionsnedsättning (Barse Persson & Olsson, 2007). Kognitivt stöd kan exempelvis vara produkter eller hjälpmedel, avancerade eller enkla. Vissa är förskrivningsbara, andra är

vanliga produkter som de flesta använder som stöd i vardagen till exempel armbandsklocka, almanacka, kokbok och GPS. Hjälpmedel syftar till att förebygga framtida förluster av funktion eller förmåga, förbättra eller vidmakthålla funktion eller förmåga och kompensera för förlorad eller nedsatt funktion. Det finns olika typer av kognitiva hjälpmedel, hjälpmedel för tid, för att ta initiativ, för påminnelse, för sömn och stresshantering och för struktur. Enligt International Classification of Functioning, Disability and Health (Socialstyrelsen, 2003) kategoriseras kognitva hjälpmedel som en omgivningsfaktor inom kapitlet produkter och teknik. Kogntiva hjälpmedel och kognitivt stöd kommer fortsättningsvis kallas kogntiva hjälpmedel.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har landsting och kommun skyldighet att erbjuda hjälpmedel till personer med funktionshinder. HSL är en ramlag vilket innebär att varje landsting och kommun beslutar om regler för hjälpmedel, såsom vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel och kunna förskrivas till personer med funktionshinder etc. De beslutar även om eventuella avgifter. Möjligheten att erhålla ett visst hjälpmedel kan därmed variera beroende på var i landet man bor (Hjälpmedelsinstitutet). Hjälpmedel för att underlätta vardagen för personer med psykiska funktionshinder är ett relativt nytt område. Det finns förutom produkter även metoder och strategier som kan underlätta och stödja vid kognitiva funktionsnedsättningar. Vanligtvis är det arbetsterapeut som bedömer behovet av och förskriver kognitiva hjälpmedel. Att förskriva kognitiva hjälpmedel är ett sätt för arbetsterapeuter att främja delaktighet i aktiviteter (Kielhofner, 2008).

Kostnadsnyttobedömning visar att hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning ger ett klart positivt ekonomiskt utfall för såväl brukarna, som stat, kommun, landsting och samhällsekonomin i stort. Nyttan är större än kostnaderna efter 1,5 år (Dahlberg, 2010). För personer med psykiska funktionshinder kan kognitiva hjälpmedel vara ett komplement till stöd i vardagen för ökad självständighet, trygghet, aktivitet och delaktighet i samhället (Barse Persson & Olsson, 2007). Den stora vinsten med hjälpmedel för individen är därmed ökad hälsa. Trots detta har personer med psykisk funktionsnedsättning sämre tillgång till kognitivt stöd än andra jämförbara grupper. Bland personer med psykisk funktionsnedsättning får endast var tionde de hjälpmedel de behöver (Folkesson, 2009; Dahlberg, 2010)

Hjälpmedelsinstitutet, härefter kallat HI, har fått i uppdrag av regeringen att sprida kunskap om och utveckla hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning och genomför därför en stor satsning under åren 2009-2011, ”Hjälpmedel i fokus”. Uppdraget går ut på att informera, utbilda och utveckla bra hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar. HI har beviljat Norrköpings kommun 600.000 kronor i ekonomiska medel under ett år.

1.3. ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, är en klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen, 2003). ICF syftar bland annat till att ge en vetenskaplig grund för att förstå och beskriva hälsa och hälsotillstånd, att skapa ett internationellt gemensamt språk som möjliggör jämförelser och kan också användas som en tankemodell (Pless & Granlund, 2011). ICF är uppdelad i två delar med två komponenter i varje del (Socialstyrelsen, 2003). Första delen ”funktionstillstånd och funktionshinder” omfattar: ”kroppskomponenten” och ”aktivitets- och delaktighetskomponenten”. Andra delen ”kontextuella faktorer” omfattar ”omgivningsfaktorer” och ”personfaktorer”. I aktivitets- och

delaktighetskomponenten definieras nio kapitel som beskriver människans livsområden. Dessa, som hädanefter kommer att benämnas livsområden, är:

1. Lärande och att tillämpa kunskap, innebär att kunna läsa, skriva, räkna och tänka.

2. Allmänna uppgifter och krav, innebär att kunna klara allmänna enkla och komplicerade uppgifter och krav såsom att organisera, initiera och slutföra uppgifter, hantera stress, tid och scheman.

3. Kommunikation, vilket innebär att kunna prata, skicka och ta emot e-post, ringa i telefon etc.

4. Förflyttning, vilket innebär att kunna gå kortare eller längre sträckor, åka kommunalt och röra sig utanför hemmet.

5. Personlig vård, vilket innebär att tvätta sig, duscha, sminka sig/raka sig, klä på sig, äta, borsta tänderna, vila och upprätthålla sin hälsa.

6. Hemliv, vilket innebär husliga dagliga sysslor som att städa, laga mat, handla, tvätta och hjälpa andra.

7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer, vilket innebär relationer till familj, vänner, personal och grannar där personen bor, samt relation i ett förhållande. Mellanmänsklig interaktion innebär även att kunna påbörja, upprätthålla och avsluta relationer.

8. Viktiga livsområden, vilket innebär att kunna delta i en dagverksamhet, kunna delta i ett studiesammanhang och kunna klara av att hantera sin vardagsekonomi med stöd av tex. god man.

9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv, vilket innebär att personen ska kunna vara engagerad inom sport, politik, kultur eller det område som han eller hon själv vill.

1.4. Delaktighet

I ICF definieras delaktighet som ”engagemang i en livssituation” (Socialstyrelsen, 2003 s. 18) och är en av de grundläggande komponenterna för välbefinnande. Begreppet engagemang definieras som att ingå i, delta, vara involverad i livsområden och har tillgång till de resurser man behöver (Socialstyrelsen, 2003). Delaktighet är inte bara ett hälsorelaterat begrepp utan också en mänsklig rättighet (WHO, 2001). Möjligheten till delaktighet påverkas av såväl individens som omgivningens resurser och hinder (Granlund et al., 2004). Exempelvis kan social påverkan från omgivningen så som attityder möjliggöra eller hindra delaktighet (Law, 2003). Externa förutsättningar så som tillgänglighet och interna förutsättningar så som motivation och vilja inverkar också på möjligheten för en individ att vara delaktig (Molin, 2004). En individs aktivitetsutförande är inte direkt kopplat till intresset av att vara delaktig (Granlund et al, 2004). Upplevelsen av delaktighet är ingen garanti för delaktighet (Law, 2003). Att vara delaktig i aktiviteter är en viktig aspekt avseende hälsa, välmående och utveckling (Law et al., 2005).

1.5. Syfte

Syftet är att utveckla en arbetsmetod för att erbjuda kognitiva hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning. Arbetsmetoden ska också innefatta ett tillvägagångssätt för att få vetskap om vilken typ av hjälpmedel de själva vill ha för att klara sin vardag.

1.5.1. Frågeställningar

1. Har kunskapen om hjälpmedel ökat hos personer med psykisk funktionsnedsättning efter att de har tagit del av arbetsmetoden?
2. Har kunskapen om hjälpmedel ökat hos personalen efter att de har tagit del av arbetsmetoden?
3. På vilket sätt har arbetsmetoden möjliggjort tillgång till de hjälpmedel personerna vill ha och bedömer lämpliga?

1.5.2. Målgrupp

- 58 personer med psykisk funktionsnedsättning, från nu kallade brukare, som bor på fem särskilda boenden, SoL och LSS, som drivs i kommunal eller privat regi på uppdrag av Norrköpings kommun.
- Personal som arbetar på de aktuella boendena, hädanefter kallade baspersonal,
- Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor, fortsättningsvis kallade resurspersoner, som är kopplade till de aktuella särskilda boendeenheterna.

1.5.3. Urval

Urvalet av brukare består av dem som bor på de fem boendeenheterna och som väljer att delta vid ett informationsmöte eller på annat sätt får information om projektet.

2. Metod

Redovisningen av metoden är uppdelad i två delar, arbetsmetod och datainsamlingsmetod. Arbetsmetoden är den metod som ska utvecklas och prövas. Datainsamlingsmetoden är tillvägagångssättet för att mäta och utvärdera arbetsmetoden.

2.1 Arbetsmetod

2.1.1 Förankring i organisationen

I samband med utlysningen av ekonomiska medel från HI bildades på Norrköpings kommuns vård- och omsorgskontor en arbetsgrupp bestående av kommunens medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), programsekreterare med ansvar för socialpsykiatri, två arbetsterapeuter som genomgått utbildning till utbildare inom ramen för projektet Humanteknik, arbetsterapeut från Teamet handikappomsorgen med specialkunskap om kognitiva hjälpmedel, samt forskningshandledare på PUFF-enheten som är vård- och omsorgskontorets forsknings- och utvecklingsenhet. Gruppens första uppgift var att arbeta fram en projektansökan, denna skrevs under av vård- och omsorgsförvaltningens chef. HI svarade under våren 2010 och en reviderad projektplan skickades in den 9 juni 2010. Efter det att projektansökan beviljats kallade arbetsgruppen till ett informationsmöte för samtliga enhets- och områdeschefer för såväl kommunala som privata enheter och en projektledare anställdes på 50 procent. Information gavs även i vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp, där medicinskt

ansvarig för sjukvård (MAS), MAR, förvaltningschef, programansvariga, samtliga områdeschefer, samt PUFF-enhetens chef deltog. Ledningsgruppen beslutade att en styrgrupp, bestående av MAR, områdeschef, programansvarig, två enhetschefer från de två olika privata utförarna, enhetschefen för PUFF-enheten, samt projektledaren, skulle bildas. Arbetsgruppen utökades förutom med projektledaren, arbetsterapeut Erika Högstedt, även med de arbetsterapeuter (4) som arbetade mot de särskilda boenden (5) som ingick i projektet.

2.1.2. Utbildning i ICF

En halvdags utbildning gavs till resurspersonal och baspersonal i samarbete med Linköpings universitet genom Lena Haglund och Anette Kjellberg. Utbildningen innefattade en presentation av ICF och hur det tillämpas.

2.1.3. Information till brukare

På varje boendeenhet har brukarna bjudits in till ett informationstillfälle. Baspersonalen har varit ansvarig för att inbjudan nått brukarna. Vid dessa tillfällen har projektledaren informerat om projektet och lämnat förfrågan om deltagande. Brukarna som valt att delta vid informationstillfället har också fått skriftlig information om projektet (bilaga 1). Ett informationstillfälle hölls på varje boendeenhet. Då någon brukare inte hade möjlighet att närvara vid mötet ordnades ett särskilt tillfälle så att alla som ville ha informationen fick den.

2.1.4. Utbildning i kognition och kognitiva hjälpmedel

Utbildningen gavs i tre olika former, till resurspersonal, baspersonal och brukare. Det sortiment av hjälpmedel och kognitivt stöd som presenterats och betraktats som ett ”smörgåsbord” av hjälpmedel, har varit detsamma i utbildningarna. En förteckning över dem återfinns i bilaga 2.

- Resurspersonal
    - Resurspersonerna har fått två timmars utbildning om kognitvt stöd och kognitiva hjälpmedel. Varje resursperson har också fått boken Psykiska funktionshinder som är skriven av Lundin (2002). Utbildningarna gavs av arbetsterapeuterna Susanne Ebersjö och Agneta Sandell, härefter kallade utbildarna, som genomgått HumanTekniks utbildning till utbildare.
- Baspersonal
    - Baspersonalens utbildning har omfattat två tvåtimmarstillfällen där det första innehållit en teoretisk utbildning om kognition och kognitiva hjälpmedel och det andra en praktisk utbildning där baspersonalen fick undersöka och prova hjälpmedlen. Varje boendeenhet försågs med boken Psykiska funktionshinder. Utbildningarna gavs av utbildarna. Personalen uppmanades att utnyttja tiden då hjälpmedlen fanns på respektive boende till att själva prova och lära sig mera om hjälpmedlen för att på bästa sätt kunna stötta brukarna samt att hjälpa till att låna ut hjälpmedel. De försågs också med en informations- och utlåningspärm.
- Brukare
    - Brukarna erbjöds en tvåtimmars utbildning om kognition och kognitiva hjälpmedel. Utbildningen innehöll en teoretisk del och en praktisk där de hjälpmedel och det kognitiva stöd som ingår i projektet presenterades för brukarna. Det fanns möjlighet att anpassa utbildningen efter brukarens behov på följande sätt; en eller flera brukare samtidigt, tidslängden på utbildningstillfället, med eller utan fikapaus, hur ingående beskrivningen av de olika hjälpmedlen var, i vilken ordning hjälpmedlen/kognition presenterades utifrån vad brukaren visade intresse för och hur man satt placerade i rummet.

Utbildningarna genomfördes på respektive boendeenhet och gavs av utbildarna. I det fall där brukarna bor i egna lägenheter i olika hus hölls utbildningen i enhetens samlingslägenhet där brukarna är vana att vara. (Observera att brukarna inte fick låna hjälpmedeln innan de genomfört nästa steg).

2.1.5. Intervju av brukare

En intervju genomfördes med syfte att, för brukarna, tydliggöra och öka förståelsen och medvetenheten om vardagslivets hinder och möjligheter.

Ett inledande samtal fördes med brukarna där de ombads beskriva i stora drag hur en vanlig dag ser ut. Denna öppna fråga ställdes för att projektledaren som genomförde intervjuerna skulle få en bild av vad brukaren valde att prata om samt att den ansågs vara en naturlig inledning. Därefter ombads brukaren titta på ett blad där de nio kapitlen i ICF visualiserats med pictrambilder (bilaga 3). Projektledaren förklarade vad varje kapitel innehåller och brukaren uppmanades därefter att välja ett eller två av kapitlen och fick information om att intervjun skulle komma att inriktas på det eller de områden som valts. Därefter fortsatte intervjun med frågor utifrån bedömningsinstrumentet Bedömning av Delaktighet i Aktivitet, BDA (Haglund, 2010) inom just de valda livsområdena. BDA har sitt ursprung i Occupational Circumstance Assessment Interview and Rating Scale, OCAIRS (Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglund, Olsen, Forsyth, 2005), som baseras på Model of Human Occupation, MoHO (Kielhofner, 2008). Frågorna i BDA anpassades eftersom intervjun är semistrukturerad. Intervjun genomfördes enskilt och endast projektledaren var med i rummet. Brukaren har fått välja om intervjun ska genomföras i dennes lägenhet eller i det samlingsrum där hjälpmedlen fanns uppställda. Intervjutiden har varierat mellan 20 minuter och en och en halv timme. Projektledaren genomförde därefter skattningen i BDA på den sedvanliga sammanställningsblanketten (bilaga 4). I de fall där brukare valde två kapitel har båda dessa skattats på samma blankett. Projektledaren har efter sessionen dokumenterat i kommunens ordinarie journalföringssystem att brukaren intervjuats.

2.1.6. Lån av hjälpmedel

Efter genomförd intervju har samtliga brukare som själva önskat fått prova de hjälpmedel som funnits med i projektet under de tre till fyra veckor som hjälpmedlen funnits kvar på respektive boendeenhet. Utbildarna har bokat särskilda utlåningstider som brukarna fått komma på för att få hjälp att ställa in och prova ut hjälpmedlen då det behövts. Även baspersonalen har haft möjlighet att låna ut hjälpmedel till brukarna.

2.1.7. Förskrivning/köp av hjälpmedel

Då brukare önskat något av de hjälpmedel de kommit i kontakt med har de fått köpa de icke förskrivningsbara själva och fått det förskrivningsbara förskrivet av den arbetsterapeut som finns kopplad till respektive boende. Fyra arbetsterapeuter ansvarar för de fem boendena och samtliga fyra har varit med i projektets arbetsgrupp. Arbetsterapeuterna har varit medvetna om när i tid de brukare de arbetar med fått utbildning och fått prova hjälpmedel.

2.2 Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod)

För att besvara frågeställningarna har data samlats in vid fem tillfällen under projektet.

2.2.1. Enkät till baspersonal

Med hjälp av Easyresearch som är ett elektroniskt enkätverktyg har baspersonalen besvarat en enkät via e-post. Vid utskicket medföljde information om besvarandet av enkäten (bilaga 5). De som inte nåtts via angiven e-postadress fick vid utbildningstillfället fylla i en utskriven version av enkäten som sedan fördes in elektroniskt av projektledaren. Enkäten (bilaga 6) bestod av 19 flervalsfrågor som alla, med ett undantag, var relaterade till de nio livsområdena i ICF som beskrivits ovan. Frågorna kommer att analyseras med syfte att få en bild av baspersonalens attityd till brukarnas funktionshinder och delaktighet. Den sista frågan syftar till att fånga hur många kognitiva hjälpmedel baspersonalen kände till innan de genomgick utbildning. Resultatet kommer att presenteras som procentberäkningar.

2.2.2. Enkät till brukare

Brukarna har besvarat en webbaserad enkät (bilaga 7) med hjälp av enkätverktyget Pict-O-Stat (www.neonova.se). För att kunna anpassas till resondentens förutsättningar finns Pict-O-Stat i tre olika nivåer. Nivå 1 innebär att text och tal presenteras för brukaren på en pekskärm, nivå 2 att även pictograrnbilder används som stöd och nivå 3 att även fotografier används. I projektet har nivå 2 använts och brukarna har själva valt om de önskar tal eller vill läsa de 39 frågorna själva. Även dessa enkätfrågor var relaterade till livsområdena i ICF och handlade bland annat om hur brukarna upplever sin delaktighet och aktivitet. Enkäten har fyllts i enskilt med endast projektledaren närvarande. Brukaren har fått välja om enkäten ska genomföras i dennes lägenhet eller i det samlingsrum där hjälpmedlen fanns uppställda. Projektledarens avsikt var att inte vägleda eller påverka utan endast förklara oklarheter och guida rent tekniskt. Projektledaren har efter sessionen dokumenterat att brukaren svarat på en enkät i kommunens ordinarie journalföringssystem.

2.2.3. Enkät till brukare - uppföljning

En månad efter att brukarna lånat hjälpmedlen har de genomfört samma enkät som tidigare fast med två extra frågor, totalt 41 stycken (bilaga 8). Projektledaren har efter sessionen dokumenterat att brukaren svarat på en enkät i kommunens ordinarie journalföringssystem.

Resultaten av de båda enkäterna har jämförts samt analyseras genom signifikansprövning med hjälp av Fishers exakta test. Detta test valdes då det till skillnad från liknande signifikanstest beräknar ett exakt p-värde och kan användas då antalet observationer är få (Körner & Wahlgren, 2006). Vid beräkning har en 95 procentig konfidensgrad använts.

2.2.4. Uppföljningssamtal med brukare

Vid samma tillfälle som enkäten ovan ombads brukarna berätta huruvida något hjälpmedel förskrivits, om han/hon köpt något hjälpmedel och om han/hon hade några synpunkter på projektet. Syftet med intervjun var att utvärdera både antal hjälpmedel som förskrivits och köpts men också att fånga kvalitativa aspekter. Resultatet har att bearbetats kvalitativt och presenteras i form av citat.

2.2.5. Uppföljningsfråga till baspersonal

Efter att de övriga momenten i projektet avslutats fick halva baspersonalgruppen (n 25) besvara sista frågan i enkäten en gång till. Frågan var: ”Vilka kognitiva hjälpmedel känner du

till?” Resultatet har jämförts med svaret på samma fråga i enkäten som genomfördes innan baspersonalen gick utbildningen. Det kommer också att jämföras med resultatet av brukarnas enkät där samma fråga ställdes.

2.3. Etiska överväganden

Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Linköping. De etiska övervägandena har varit viktiga eftersom brukarna har kognitiva funktionshinder som kan påverka deras förmåga att perceptuellt bearbeta och minnas information. Då brukarna fick information om studien beskrevs syftet både muntligt och i lättläst skrift. De informerades om att de när som helst kunde avsluta sitt deltagande i studien och att informationen skulle behandlas konfidentiellt och anonymt. Samtliga brukare som deltagit har skrivit under en samtyckesblankett (bilaga 9).

3. Resultat

3.1 Arbetsmetod

3.1.1. Utbildningen i ICF

I utbildningen i ICF deltog ett stort antal resurspersonal, baspersonal och chefer. Uppskattningsvis totalt cirka150 personer.

3.1.3. Utbildning om kognition och kognitiva hjälpmedel

- Gavs till 26 resurspersonal.
- Gavs till 39 baspersonal.
- Gavs till 26 brukare.

3.1.4. Intervju av brukare

Vid informationsmötena deltog 28 brukare. Intervjun genomfördes med de 26 av dessa som valde att delta i studien. Två av livsområdena, livsområde 6 (Hemliv) och livsområde 2 (Allmänna uppgifter och krav), valdes i särklass fler gånger än de övriga. De flesta brukare valde två områden, några bara ett. Några uppgav spontant att de valde områden efter vad de anser att de har problem med, andra valde utifrån vad de tycker fungerar bra. I tabell 1 nedan visas valda livsområden samt den bedömning som projektledaren gjort utifrån brukarnas delaktighet i aktivitet.

Tabell 1 – Redovisning av spridning inom valda livsområden 1-9 (sid 5).

Valt livsområde	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Brukare:									
a		T-F						T-F	
b						T-F			
c						S-F			
d		S-F				S-F			
e		S-F			S-F				
f		S-F					S-F		
g					S-F	S-F			
h					S-H	S-H			
i		S-F				S-F			
j						S-F			
k		S-H	S-H						
l		S-F				S-F			
m	S-F	S-F							
n						T-H			
o						S-H			S-H
p		S-F					S-F		
q						S-F			S-F
r		S-F				S-F			
s						T-H			T-H
Antal som valt varje livsområde	1	10	1		3	13	2	1	3

S= Stödjer delaktighet i aktivitet
T= Tillåter delaktighet i aktivitet
F= Försvårar delaktighet i aktivitet
H= Hindrar delaktighet i aktivitet

IS= Information saknas
IA= Inte aktuellt

3.1.5. Lån, förskrivning och köp av hjälpmedel

Under de veckor som brukarna haft möjlighet att låna hjälpmedel samt ytterligare fyra veckor därefter har hjälpmedel lånats, köpts och förskrivits enligt tabell 2 nedan. 84 procent (n 16) har lånat minst ett hjälpmedel, 69 procent (n 11) av dessa har fått minst ett hjälpmedel förskrivet. Två av dem har fått två hjälpmedel förskrivna. 53 procent (n 11) har köpt minst ett hjälpmedel som de har kommit i kontakt med. Två av dem har köpt tre saker var. Informations- och utlåningspärmen förblev orörd på de flesta ställen med ett boende undantaget där personalen var mycket aktiv och själva provade och även lånade ut till brukarna.

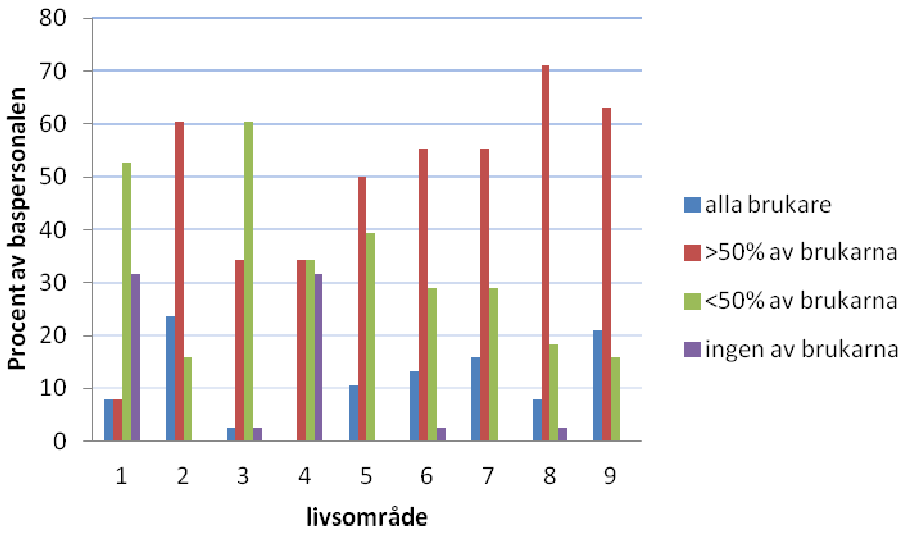
Tabell 2 – Redovisning av hjälpmedel som respektive brukare lånat, köpt eller fått förskrivet.

Brukare (n=19)	**Lånats**	**Köpts**	**Förskrivits**
A	Voisec, memoklocka, timstock	Väggkalender, fickkalender, whiteboardpennor i olika färger	Memoklocka, timstock
B	Voisec, timstock, sigvardtavla, bolltäcke	Almanacka	Timstock, sigvardtavla
C	Bolltäcke	Textilpennor	bolltäcke
D	Memoklocka, ljuslampa		
E	Timstock, bolltäcke	Handlingslista	Timstock
F	Bolltäcke, keyfinder		Bolltäcke
G	Timstock, bolltäcke	Spagettimått	Timstock
H	Memoklocka		memoklocka
I	Handlingslista	handlingslista	
J	Bolltäcke		
K	Dosis medicindelare	Timer, äggklocka, anslagstavla	Dosis medicinpåminnare
L			
M	Bolltäcke		
N			
O		Decilitermått, matsked teskedsmått	
P	Memoklocka, timstock		Timstock
Q	Bolltäcke		Bolltäcke
R	Bolltäcke, memoklocka	Kalender	
S	Memoklocka	Kalender	memoklocka
Summa:	**27**	**14**	**13**

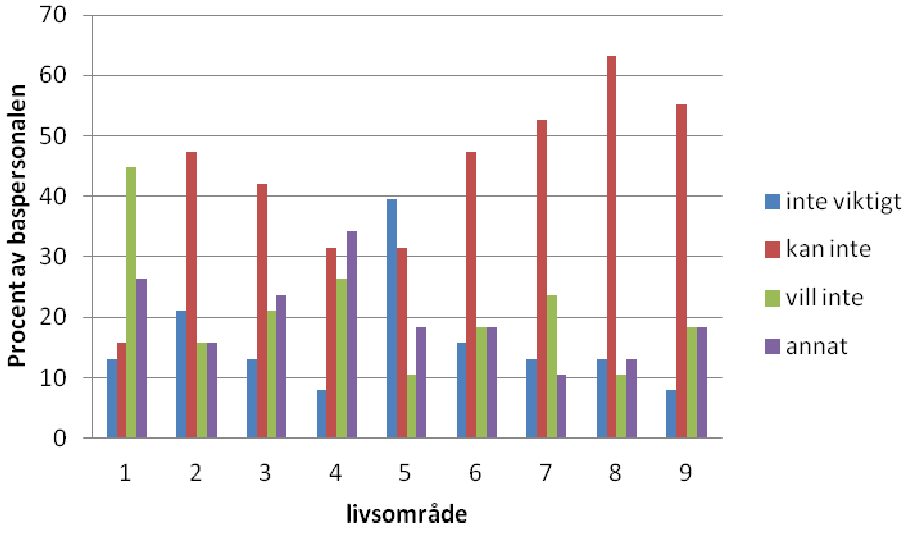
3.2. Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod)

3.2.1. Enkät till baspersonal

Få baspersonal (n 3) besvarade enkäten elektroniskt. De allra flesta (n 35) besvarade den utskriven direkt före utbildningen. Totalt besvarade 38 baspersonal enkäten och resultatet visas i figur 1 och 2 nedan.



Figur 1 - Baspersonalens svar på hur stor andel av brukarna som har svårigheter inom livsområde 1-9 (sid 5).



Figur 2 - Baspersonalens syn på varför brukarna inte är aktiva inom respektive livsområde 1-9 (sid 5).

3.2.2. Uppföljningsfråga till baspersonalen

Uppföljningsfrågan som löd ”Vilka kognitiva hjälpmedel känner du till?” som ställdes ytterligare en gång på två av boendena besvarades av 23 baspersonal andra gången. Resultatet visade att baspersonalen på ett av boendena i genomsnitt kunde räkna upp 2,9 hjälpmedel per person och baspersonalen på det andra boendet 10,9 hjälpmedel. Genomsnittssiffran för de som besvarade frågan (n 23) var 5,7 hjälpmedel per person.

3.2.3. Enkät till brukare

Resultatet av enkäten till brukarna samt uppföljningen redovisas dels separat varje fråga för sig, dels fördelade på respektive livsområde i bilaga 10. Svaren från de 19 brukare som fullföljt studien har inkluderats i båda enkäterna. Resultatet visar att det på fem av frågorna finns signifikant skillnad, se tabell 3 nedan.

Tabell 3 – Redovisning av de frågor där resultatet visar signifikant skillnad.

Fråga:	Svar:	Före %	Efter %	Signifikans
Vem bestämmer vad du behöver hjälp med hemma?	Jag själv	42,11	26,32	
	Jag och personalen	36,84	73,68	p=0,024
	Personalen	21,05	0	
Känner du till något hjälpmedel som du tror skulle underlätta i din vardag?	Ja	21,05	77,78	
	Vet inte	36,84	11,11	p=0,003
	Nej	42,11	11,11	
Känner du igen det här hjälpmedlet? (Memoklocka)	Ja	15,79	78,95	
	Vet inte	0	10,53	p=0,0000
	Nej	84,21	10,53	
Känner du igen det här hjälpmedlet? (Voisec)	Ja	5,26	72,22	
	Vet inte	10,53	5,56	p=0,00004
	Nej	84,21	22,22	
Känner du till några andra kognitiva hjälpmedel?	Ja	50	94,74	
	Vet inte	16,67	5,26	p=0,002
	Nej	33,33	0	

Resultatet visar att brukargruppen i genomsnitt kände till 8 kognitiva hjälpmedel var vid uppföljning mot 1 innan utbildningen. De två frågor som endast ställdes i den uppföljande enkäten visar att mer än hälften av brukarna har fått något hjälpmedel sedan de gick med i projektet och samtliga svarar att det var de själva eller de tillsammans med personalen som bestämde vilket hjälpmedel de skulle få.

3.2.4 Uppföljningssamtal med brukare

Resultatet av antal förskrivningar och köp av hjälpmedel redovisas i tabell 2, s 14. Projektledaren upplevde att flera av brukarna vid uppföljningen kunde sätta ord på sina svårigheter och föra resonemang kring kompenseras i högre utsträckning än före utbildningen. hur funktionsnedsättningen kan

Hjälpmedlens användbarhet i vardagen
Flera av brukarna upplevde att de hjälpmedel de fått underlättade deras vardag betydligt.

”Olika färger på pennorna gör att jag kommer ihåg mer”.

”Nu får jag med mig rätt saker hem från simhallen för mina kläder är märkta”.

”Jag sätter på den samtidigt som kaffebryggaren och sen kan jag lägga mig och vila utan att försova mig till kaffet. Jag sover inte för länge och kaffet bränns inte”.

Några av brukarna beskrev att olika tidshjälpmedel kom till nytta genom att de själva klarade av att passa tider i samband med måltider.

”Jag har koll på hur den fungerar och apparaten påminner hela avdelningen om kaffe eller mat. Jag ser det bara som positivt. Alla vill bli påminda”.

"Den är ju bra eftersom den påminner mig så att personalen inte behöver ringa till mig hela tiden.”

”Det sparar många steg för mig och för personalen”.

För flera av brukarna innebar hjälpmedlen en förbättrad tidsuppfattning vilket även underlättade i aktiviteter.

”Det hjälper mig att höra tiden högt inte bara se den. Jag är så osäker på tid.”

”Jag måste ha den för att hitta rätt i tiden”.

”Punkterna underlättar så jag slipper titta på klockan så ofta. Nu kan jag sitta och läsa utan att behöva titta på klockan hela tiden. Den ringer till maten”.

Några av brukarna berättade att även andra noterat förändringen som användandet av hjälpmedlet förde med sig.

”Jag har fått beröm av personalen för att jag kommer i tid jämt numera".

Delaktighet
Flera brukare har uttryckt att det varit positivt att själva få utbildning och välja hjälpmedel. Den nya kunskapen har medfört ökad delaktighet.

”Jag har blivit mera medveten och har koll på vad jag behöver”.

”Jag har själv sett till att jag vet”.

Det gäller även dem som själva valt att inte använda något hjälpmedel.

”Jag har inte hittat något hjälpmedel men det var jättebra för mig att få utbildning och information om det för jag tycker om att veta vad som finns. Jag kanske kommer att behöva det senare, eller så kan jag tipsa nån jag känner om det jag vet nu”.

Några av brukarna fick efter att ha genomgått utbildningen inspiration till egna idéer kring hur deras vardag kan förenklas.

”Jag har kommit på själv att jag kan skriva mattiderna i en färg och aktiviteterna i en annan”.

”Det passar mig bäst att ha en almanacka där jag river av”…”nu minns jag vilken dag det är och ser ärenden”.

”Jag har städat och rensat med personalen. Allt är mera lätthanterligt i lägenheten nu. Jag ska fortsätta sortera och kasta med mamma”.

Hälsoaspekter
För de flesta brukare medförde användandet av hjälpmedel även positiva hälsoeffekter. Förutom ökad delaktighet visade det sig att stress och oro minskade och lugn och kontroll ökade. Några brukare uttryckte lättnad över att veta att de inte längre går miste om deltagande i aktiviteter som de uppskattar.

”Jag kan slappna av nu och låta mig bara vara för jag vet att jag inte missar något”.

”Jag är inte nervös nu utan lugnare och uppfattar tiden när jag ser den.”

”Jag törs påbörja nu för jag vet att timstocken avbryter så att jag inte missar det som kommer efter. Det gör att jag känner mindre stress.”

Några brukare uttryckte att bolltäcket förbättrat sömnen och därmed hälsan.

”Det blir värme och lugn av bollarna, både dagtid och nätter.”

”Jag sov utan att vakna. Sömn betyder så mycket.”

Personalaspekt
Några brukare uttryckte att deras egen ökade självständighet medfört att personalens uppgifter minskat.

”Personalen behöver inte säga till mig. Nu väcker den mig och påminner om medicin och annat.

I vissa fall hade inte personalen tagit till sig hjälpmedlen i sådan utsträckning att de kunde assistera brukarna i användandet. En brukare uttryckte önskan om ökad kunskap hos personalen.

”Mitt mål är att personalen ska lära sig Memon”.

En av brukarna tyckte sig uppfatta ett visst motstånd hos personalen gentemot det nya hjälpmedlet. Brukaren lät sig inte hindras av detta utan hade förhoppningar om att personalen skulle ändra uppfattning om de gavs tid.

”Jag får ha tålamod med personalen, dom kommer nog tycka den är bra dom också, så småningom”.

Utvärdering av projektet ur ett brukarperspektiv
Flera brukare vittnade om att de själva utvecklats då de använt sig av hjälpmedlen.

”Jag har utvecklats fast jag först undrade vad jag ska ha den till”.

Flera brukare uttryckte att de inte hann med att prova allt de önskade under projekttiden.

”Jag hann tyvärr inte prova täcket för jag var inlagd. Men jag ska prova det snart”.

De allra flesta brukare var positiva till projektet och till det de lärt sig.

”Projektet har varit jättekul och utvecklande för mig”.

”Intressant. Jag trodde inte att det fanns såna här saker”.

”Bra att få lära sig nytt. Jag visste ju inte att bolltäcket fanns”.

Brukarna har också varit nöjda med det sätt som hjälpmedlen presenterats för dem.
”Jag känner mig nöjd med varan och de instruktioner och den hjälp jag fått med den”.

Det faktum att hela projektet genomfördes i brukarnas hemmiljö framhåller flera som en positivt bidragande faktor till att de tagit sig an hjälpmedlen.

”Jättebra att Agneta var här, att jag fick prova och känna och inte bara se på papper”…”jag har vågat säga mera ”ja” än annars nu när de kommit hem till oss och jag har fått prova här”.

4. Diskussion

I ansökan om utvecklingsstöd till HI inkluderades en del av syftet som innebar att skapa förutsättningar för personer med psykisk funktionsnedsättning att flytta till ordinärt boende. Denna del av syftet har, som beskrivits i den halvtidsrapport som avgetts till HI, strukits.

4.1. Metoddiskussion

Metoddiskussionen kommer att systematiseras utifrån arbetsmetoden och datainsamlingsmetoden.

4.1.1. Arbetsmetod

De brukare (n 2) som valde att avstå från att påbörja deltagande i studien motiverade inte varför. Anledningen till att inte samtliga som genomförde den första enkäten (n 26) redovisas är att tillförlitligheten anses högre om det är samma brukare som besvarat enkäten före och efter då resultaten jämförts. De brukare som valt att slutföra studien (n 19) redovisas i resultatet. Bortfallet (n 7) är omöjligt att redovisa exakt orsak till då brukarna från början informerats om att de när som helst kan hoppa av utan att motivera varför. Flera av dem har dock motiverat spontant varför de inte fullföljde. Någon hittade inget hjälpmedel och ville därför inte fullfölja. Någon fick hjälpmedel förskrivet och var nöjd med det och avböjde

uppföljning. Någon hittade ett hjälpmedel, köpte det och var därefter nöjd. En brukare var på semester, en blev sjuk och en var inlagd då uppföljningen skulle ske.

Brukarna som fullföljt studien (n 19) har deltagit vid minst sex inbokade tillfällen (informationsmöte, enkät, utbildning, intervju, lån och uppföljning). Utöver detta har extra tider för tillbakalämning av lånade hjälpmedel, lån av ytterligare hjälpmedel samt möten med arbetsterapeut för förskrivning tillkommit i många fall. De brukare som fullföljt har ökat sin delaktighet genom att de tagit för sig av rättigheterna då de givits möjlighet att själva välja men också genom att de tagit ansvar för de skyldigheter som delaktighet i det här projektet har inneburit.

En central del av arbetsmetoden har varit att börja med att visa brukarna hela ”smörgåsbordet” av hjälpmedel. Detta arbetssätt skiljer sig avsevärt från det sedvanliga där ett problem identifieras och ett hjälpmedel väljs ut av arbetsterapeuten för att kompensera just det problemet. Brukarna är då beroende av arbetsterapeutens kompetens avseende både brukarens problematik och utbudet av hjälpmedel. För en lyckad förskrivning krävs också att brukaren har intresse av hjälpmedlet och känner engagemang inför att prova. Ett hjälpmedel kan anses enkelt och tydligt av någon medan samma hjälpmedel anses fult och platsigt av någon annan. Brukarna har rättighet att få se vilket utbud som finns (Goodman, Hurst & Locke, 2008). Det har därför varit viktigt att detta skett innan intervjun genomfördes då brukarna fick välja livsområden att fördjupa sig i. Båda utbildarna har mångårig erfarenhet av målgruppen och har anpassat utbildningen efter varje person. Båda utbildarna upplevde utbildningstillfällena som lugna och trevliga möten där brukarna fick mandat att själv angripa ”smörgåsbordet” av hjälpmedel och där deras blick och intresse fick styra var utbildningen skulle ta sin början. Flera av brukarna kände sedan tidigare igen en eller båda utbildarna vilket endast verkar ha haft en positiv inverkan. I det enstaka fall där en av brukarna har en relation till en av utbildarna har den andra utbildaren skött all kontakt med brukaren.

Då brukarna intervjuades och valde ett eller två livsområden som intervjun utgick från valde de helt fritt vilket ledde till att vissa berättade om sina resurser och andra om sina svårigheter. Projektledaren upplevde att de flesta brukarna till en början var osäkra när de fick välja fritt men att intervjuerna sedan flöt på mycket bra då de fick prata om det de själva önskade. Om brukarna fått instruktionen att välja livsområden utifrån vad de har svårigheter med och önskar förändra hade sannolikt flera slutsatser kunnat dras vid uppföljningen. Hos ett fåtal brukare som valde livsområden utifrån vad de själva anser att de har svårigheter med har förbättringar inom det livsområdet kunnat konstateras vid uppföljningen. I de flesta fall där förbättringar konstaterats har det i stället varit inom andra livsområden än de som valts. Därför speglar inte förändringen inom valt livsområde resultatet i de flesta fall. Arbetsmetoden skulle därför kunna förbättras genom att brukaren uppmanas att välja livsområden där han eller hon själv önskar en förändring. Att brukaren styr vad intervjun innefattar genom att välja livsområden innebär att intervjuaren lämnar över en del av ansvaret till brukaren vilket är en förutsättning för delaktighet. Detta ställer krav på brukarna, en grupp som traditionellt sett mött andra förhållningssätt.

Att hålla utbildningen ute på boendena medförde att utbildarna fick flytta med sig allt material och ”bygga upp” en ny visningsmiljö på varje ställe. De var också beroende av att personalen var engangerad och visste vilka tider som var inbokade. På något ställe fungerade detta mycket bra men på de övriga var det överlag trevlig och hjälpsam men överraskad personal som tog emot utbildarna och projektledaren trots att mötestiderna var överenskomna. Hur

betydelsefullt är det för brukarna att känna till vad som ska hända under dagen och därmed kunna förbereda sig på det?

4.1.2. Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod)

Att via e-post ombe baspersonalen besvara den webbaserade enkäten fungerade inte då en försvinnande liten del av baspersonalen nås via e-post. Lyckligtvis löstes detta inom ramen för projektet genom att enkäten även fanns att tillgå i pappersversion. Då baspersonal svarat att ”Ingen” burkare har problem inom ett livsområde har de i de flesta fall inte besvarat nästkommande fråga om vad det beror på. Enkäten borde ha utformats så att den nästkommande frågan uteslöts då svaret ”Ingen” gavs på den inledande frågan. Detta är en brist i enkätens utformande. Uppföljningsfrågan ställdes endast till 25 av baspersonalen av tidsskäl. Dessa 25 arbetar på de två boendeenheter som studerades under hösten. Övrig baspersonal arbetar på boenden som studerades under våren. Bortfallet på uppföljningsfrågan (n 2) berodde på ledighet. En orsak till att brukarna i snitt kunde fler kognitiva hjälpmedel per person än baspersonalen på en av boendeenheterna kan bero på att omständigheterna var något olika. Baspersonalen ombads skriva ner alla kognitiva hjälpmedel de känner till. Detsamma gällde brukarna men projektledaren fanns då med i rummet och assisterade i många fall rent praktiskt och ställde frågan ”Vilka kan du mer?” efter varje svar vilket kan ha lett till att brukarnas motivation ökade och därmed gav ett högre resultat.

Vid uppföljningssamtalet med brukarna framgick det i flera fall att tiden varit knapp. Några hade inte hunnit prova de hjälpmedel de önskat, två väntade på besked om förskrivning, några hade fått besked om förskrivning men inte hunnit få hjälpmedlet ännu och två hade fått hjälpmedlet samma dag som uppföljningen. Det var därför svårt att dra slutsatser om hjälpmedlens effekter eftersom det ofta tar tid innan ett hjälpmedel är inarbetat.

4.2. Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen kommer att systematiseras utifrån arbetsmetoden och datainsamlingsmetoden.

4.2.1. Arbetsmetod

Den breda ansats och genomarbetade struktur som arbetsmetoden i projektet inneburit är en förutsättning för att det blivit ett så bra resultat. Brukarna har fått ökad kunskap om kognitiva hjälpmedel efter att de tagit del av arbetsmetoden. När det gäller baspersonalens kunskap om kognitiva hjälpmedel visar resultatet att det skiljer sig mycket mellan de olika boendeenheterna (2,9 på ett boende, 10,9 på det andra). Den stora skillnaden är påfallande. En intressant slutsats är att brukarna i genomsnitt känner till 1,3 kognitiva hjälpmedel fler per person än baspersonalen. I genomsnitt har brukarna lärt sig 5,1 flera hjälpmedel i snitt än baspersonalen på en av boendeenheterna. Är det så att hjälpmedlen har varit intressantast för dem som behöver dem mest? Kunskapen har nått brukarna, det vill säga den viktigaste gruppen så detta projekt verkar ha träffat mitt i prick.

Att 73 procent av brukarna som valde att delta har slutfört kan ses som ett gott resultat. Det är dock intressant att begrunda vilka av brukarna som slutförde. Är det de som skulle ha kunnat ta sig iväg utanför boendet för utbildning och utprovning av hjälpmedel? Det har inte funnits någon avsikt i projektet att söka svar på detta.

Arbetsmetoden möjliggjorde för brukarna själva att delvis styra innehåll i utbildning och intervju och välja vilka hjälpmedel de vill ha. Baspersonalens syn på och attityder till brukarnas funktionsnedsättning påverkar också brukarnas tillgång till hjälpmedel. Hur kommer det sig att 32 procent av baspersonalen svarar att det inte finns brukare där de arbetar som har problem inom livsområde 1 (lärande och tillämpa kunskap). Har de förstått vad livsområde 1 innefattar? Ser de brukarnas svårigheter? Det är anmärkningsvärt att 61 procent av baspersonalen svarar att brukarna inte är aktiva inom detta livsområde på grund av att de inte vill. Har de förståelse för brukarnas funktionsnedsättning? Av baspersonalen anser 60 procent att mindre än hälften av brukarna har svårigheter inom livsområde 3 (kommunikation). Mer än hälften av brukarna svarar att de bara ibland förstår vad personalen säger och närmare 70 procent förstår bara ibland vad de andra brukarna säger. Brukarnas egna och omgivningens attityder kan hindra användandet av kognitiva hjälpmedel (Wennberg & Kjellberg, 2010). Det skulle innebära nya möjligheter för brukarna om personalen antog utmaningen. Baspersonalens attityd till brukarnas funktionsnedsättning kan således ha hindrat brukarna från att få de hjälpmedel de vill ha bedömer lämpliga. Ett tydligt exempel på detta är ett citat från en brukare som en av utbildarna träffade på vid ett besök på ett av boendena. Denna brukare hade inte bildat sig någon egen uppfattning:

> *”Personalen tycker inte att jag behöver något”*.

Att enhetschefen är engagerad är viktigt för att engagemanget ska sprida sig till baspersonal och brukare. På en av enheterna har chefen uppfattats som extra engagerad av både utbildarna och projektledaren. Det är på detta boende som personalen varit mera aktiv, väl förberedda och haft större inblick i processen. Detta avspeglas dock inte i antal brukare som fullföljt eller antalet förskrivna hjälpmedel. I avseende på hur mycket som förskrivits är brukarnas kontakt med förskrivande arbetsterapeut avgörande. Det är naturligt för arbetsterapeuter att använda sig själva som ett verktyg i arbetet med klienter (Kielhofner, 2008). Hur arbetsterapeuten använder sig själv som ett verktyg och hur det professionella förhållningssättet varieras mellan att vara problemlösande, uppmuntrande, instruerande, samarbetande, skiftande eller empatiskt blir avgörande för vad brukaren får ut av arbetsterapin (Taylor et.al. 2009). Särskilt stor betydelse har det för arbetsterapeuter inom psykiatrin och för arbetsterapeuter som möter brukare i hemmiljö. I projektet har utbildarna använt sig dessa olika förhållningssätt vilket haft stor betydelse för resultatet. Ett par av de förskrivande arbetsterapeuterna har sedan tidigare en etablerad relation med brukarna. Dessa två har förskrivit flera hjälpmedel än de andra två som inte har en relation till brukarna.

Utbildarna och projektledaren har i egenskap av professionella haft en maktposition gentemot brukarna. De hade dock en medvetenhet om detta och var alla tre positivt inställda till studiens arbetsmetod som främjar en mera balanserad maktfördelning i och med att brukarnas egna önskningar styr utbildningen, utprovningen och intervjun. Efter ett utbildningstillfälle i brukarens hemmiljö uttryckte en av utbildarna följande:

> *”Jag kände mig mer som gäst än som professionell. Vi hade ingången att vi som utbildare har kunskapen om hjälpmedlen och brukaren har kunskapen om sig själv vilket jag tror minskade glappet som annars kan bli mellan brukare och professionell”* (citat från en av utbildarna).

Resultatet av enkäten till brukarna samt uppföljningen visar att brukarnas upplevelse av delaktighet i vissa fall ökat och i vissa fall minskat. Det är troligt att resultatet påverkats av att tankar väckts hos brukarna och att de reflekterat kring sin delaktighet på ett nytt sätt vilket

skulle kunna förklara dessa skillnader. Sannolikt har tiden varit för knapp för att de positiva effekterna av hjälpmedlen som flera brukare vittnat om ska påverka deras upplevelse av delaktighet när det gäller aktiviteter inom samtliga livsområden. Ett undantag från detta är frågan ”Vem bestämmer vad du behöver hjälp med hemma” där ökningen av delaktigheten är signifikant. Att skillnaderna är signifikanta på de fyra frågor som rör hjälpmedel visar att arbetsmetoden är framgångsrik. Att nästan fyra femtedelar, i jämförelse med endast en femtedel före utbildning, av brukarna själva känner till något kognitivt hjälpmedel som han eller hon tror skulle underlätta vardagen visar att utbildningsinsatsen är väl genomförd och att arbetsmetoden fungerat. Brukarna har varit delaktiga i förskrivningsprocessen eftersom samtliga svarar att det är de själva eller de tillsammans med personal som bestämt vilket hjälpmedel som skulle förskrivas. Två brukare har svarat att de inte vet om de fått något hjälpmedel sedan de gick med i projektet. Anledning är i båda fallen att de önskat sådant hjälpmedel som krävt godkännande av kommunens förskrivningsråd vilket fördröjer förskrivningsprocessen. Vid uppföljningstillfället väntade de på besked om att förskrivningen skulle godkännas.

Ett ytterligare resultat av projektet är att kunskapen om kognitiva hjälpmedel har spridits som ringar på vattnet. Flera olika verksamheter har besökt utbildningslokalen då hjälpmedlen funnits där och fått information av utbildarna.

4.2.2. Utvärdering av arbetsmetod (datainsamlingsmetod)

Citaten från de uppföljande intervjuerna med brukarna speglar resultaten i enkäten till brukarna väl. Hjälpmedlens användbarhet har varit god, delaktigheten hos brukarna har ökat och hälsoeffekter såsom mindre stress och bättre sömn har uppnåtts. De brukare som fullföljt projektet har varit övervägande positiva. Då utbildarna vistats på boendena har de träffat på några av de brukare som valt att inte delta. En av dem hade missuppfattat projektets syfte:

> *”Ni har ingenting här att göra för det är ingen här som behöver rullstol eller rollator så det är slöseri med pengar”.*

5. Slutsats

Den arbetsmetod som utvecklats och provats i projektet har varit framgångsrik och har visat sig öka kunskapen om kognitiva hjälpmedel både hos personer med psykisk funktionsnedsättning och hos personalen. Det har varit betydelsefullt att förankringen i organisationen har varit bred och att utbildningen getts till både resurspersonal, baspersonal och brukare. Vid administrering av enkäter är det viktigt att försäkra sig om att tekniken inte brister. Brukare som får utbildning om kognitiva hjälpmedel tenderar att själva kunna välja ut de hjälpmedel de önskar prova i hemmiljö. Personalens attityder till brukarnas funktionsnedsättning är dock något som kan hindra brukarna från att få tillgång till de hjälpmedel de vill ha och bedömer lämpliga. Mer än hälften av brukarna har valt att prova hjälpmedel som de efter prövoperioden bedömt underlättat deras vardag på ett sådant sätt att förskrivning har kommit till stånd. Likaså har en majoritet av brukarna själva köpt något hjälpmedel de kommit i kontakt med genom projektet.

6. Inför framtiden

Förslag, tankar, visioner och idéer kring hur arbetsmetoden ska implementeras i ordinarie verksamhet har diskuterats inom och utanför arbetsgruppen. Särskilt delaktiga har två av förskrivarna och de båda utbildarna varit. De önskemål som framkommit är likartade och en sammanfattning av dessa ges nedan.

Det finns en samstämmighet när det gäller den grundläggande utformningen. Det behövs både en visningslokal och en portabel del som möjliggör att hjälpmedlen visas och provas i hemmiljö. Båda delarna krävs för att på bästa sätt individanpassa utbildning, utprovning och förskrivning. Det är avgörande i många fall att det finns en allians mellan brukare och arbetsterapeut. Därför bör i möjligaste mån förskrivande arbetsterapeut vara delaktig i visning och utprovning.

6.1. Visningslokal

Visningslokalen bör vara lättillgänglig och ligga centralt i Norrköping. På Träffpunkten Asken har personalutbildningarna getts och det har funnits flera fördelar med att hålla till i sådan lokal. Dels är det en naturlig samlingspunkt för många, både brukare och professionella, det ligger centralt och har närhet till kommunikationer, dels arbetar de båda utbildarna där. Det anses viktigt att lokalen utformas på så sätt att hjälpmedlen kan presenteras på ett inbjudande och naturligt sätt. För att det ska vara möjligt krävs att lokalen rustas med exempelvis en säng att prova tyngdtäcken i och ett nattduksbord där de olika varianterna av väckarklockor finns, att det finns en köksdel/trinettkök att visa hur uppmärkning kan ske etcetera. I anslutning till visningslokalen bör det finnas utrymme att hålla utbildningar. Finns dessutom caféverksamhet är det en fördel. Visningslokalen skulle kunna ha regelbundna öppettider, exempelvis två halvdagar i veckan då brukare, personal, förskrivare, anhöriga etc. är välkomna. Det är viktigt att förskrivare som själva har kompetens om kognitiva hjälpmedel kan använda lokalen även under andra tider. Lokalen måste vara bemannad med arbetsterapeut med mycket goda kunskaper om kognition, kognitiva hjälpmedel och de konsekvenser som psykiska funktionsnedsättningar ofta medför. Det är nödvändigt att arbetsterapeuten har god förmåga att praktiskt hantera och anpassa hjälpmedlen. Av praktiska skäl bör det vara minst två arbetsterapeuter som ansvarar för verksamheten. Till visningslokalen ska det gå att komma förutsättningslöst utan krav. Det ska även gå att boka tid för exempelvis utprovning.

6.2. Portabel del

Den bärbara delen bör innehålla noggrant utvalda hjälpmedel som med enkelhet kan transporteras. Den bör också innehålla bilder och lättlästa beskrivningar där det tydligt framgår hur hjälpmedlet fungerar. Den portabla delen möjliggör att brukare kan visas, prova och låna hjälpmedel i hemmiljö. Det bör finnas flera uppsättningar av den portabla delen så att flera arbetsterapeuter kan använda dem samtidigt.

6.3. Utbildningsbehov

Det råder konsensus om att utbildningen till brukare varit framgångsrik och att den bör ha en central roll i arbetsmetoden även framöver. Det finns också behov av utbildning till baspersonal. Ytterligare utbildning önskas också till de förskrivande arbetsterapeuterna i organisationen.

Utbildarnas kunskap är unik och bör tas tillvara. På minst en av boendeenheterna finns kognitivt stöd med som en fast diskussionspunkt i brukarnas individuella rehabiliteringsplan? Enligt förskrivande arbetsterapeut där fungerar det bra.

Kommunalisering av hemsjukvården 2014 kommer sannolikt innebära att kommunen får ett utökat ansvar för förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Redan nu är det viktigt att ett samarbete med landstinget kommer till stånd. För många brukare med psykiska funktionsnedsättningar, som exempelvis har boendestöd via Norrköpings kommun, ligger förskrivningsansvaret hos landstinget. Hos förskrivare i primärvården är kunskapsbristen om kognitiva hjälpmedel stor. Även arbetsterapeuter verksamma på den psykiatriska kliniken behöver kunskapsutveckling. I landstinget pågår diskussioner kring att upprätta en visningsmiljö för kognitiva hjälpmedel. Kommun och landsting har här stora möjligheter att göra samverkansvinster.

Det vore intressant att följa upp resultatet av denna studie genom att undersöka hur många fler som fått hjälpmedel förskrivet eller själva har inhandlat något efter att uppföljningen genomfördes. Ett annat uppslag är att undersöka hur många av brukarna som har kvar sitt hjälpmedel över tid och hur det påverkat aktivitetsförmåga och delaktighet samt huruvida den kunskap de tagit till sig finns kvar. Baspersonalens attityder är mycket viktiga och det är därför av stor betydelse att de inte glöms bort utan satsas på.

Referenser

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.

Dahlberg, Å. (2010). *Hjälpmedel lönsamma. Kostnadsnyttobedömning av hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning.* Hjälpmedelsinstitutet.

Deshpande S, Kielhofner G, Henrikssson C, Haglund L, Olsen L, Forsyth K. (2002). A user¿s manual for the Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale. University of Illinois at Chicago.

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.

Granlund, M., Haglund, L., Lewin, B., Sandlund, M., (2004) Egenbedömning av delaktighet enligt ICF. Socialstyrelsens fältprövningsgrupp för ICF.

Goodman J, Hurst J, Locke C, eds (2008) *Occupational therapy for people with learning disabilities: a practical guide.* London: Churchill Livingstone.

Hjälpmedelsinstitutet. www.hi.se

HumanTeknik i Karlstad/Nationellt kunskapsnätverk, Socialpsykiatri Karlstad kommun. www.humanteknik.se 2011-12-23

Law, M., King, G., Rosenbaum, P., Kertoy, M., King, S., Young, N., et al. (2005). *Final report to families and community parners on the participate study findings.* Ontario: CanChild.

Law, M., Finkelman, S., Hurley, P., Rosenbaum, P., King, S., King, G. & Hanna, M. (2003). Participation of children with physical disabilities: relationships with diagnosis, physical function, and demographic variables. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* Jan 2004, Vol. 11, No. 4, Pages 156-162: 156-162.

Lundin, L. (2002). *Psykiska funktionshinder.* Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G. (2008). Model of human occupation. Theory and application. Fjärde utgåvan. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Körner, S & Wahlgren, L. (2006). *Statistisk dataanalys.* Lund: Studentlitteratur.

Molin, M. (2004). *Delaktighet inom handikappområdet- en begreppsanalys*. I:

Gustavsson, Anders (red.). *Delaktighetens språk.* Studentlitteratur. s. 61-75. ISBN: 978-91-44-02674-9.

Neonova. www.neonova.se

Pless, M & Granlund, M (Red.). (2011). *Handbok i att använda ICF och ICF-CY.* Lund: Studentlitteratur.

Sandell, C. (2009). *Klientperspektiv på neuropsykiatrisk utredning och intervention.* Linköpings universitet.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.* Tillgänglig vid http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/62BEB497-5297-42F2-9EE7-6FE5A546372B/1035/200342.pdf.

Taylor, R., Lee, S., Kielhofner, G. & Ketkar, M. (2009) Therapeutic Use of Self: A Nationwide Survey of Practitioners' Attitudes and Experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, March/April 2009 vol. 63 no. 2 198-207.
Wennberg, B. & Kjellberg, A. 2010. Participation when using cognitive assistive devices – from the perspective of people with intellectual disabilities. *Occupational Therapy International*, 17 (4) s. 168-176.
WHO. (2001). ICF, The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.

NORRKÖPINGS KOMMUN
Vård- och omsorgskontoret

Bilaga 1

Information till dig som bor på X

Hej,

Erika Pettersson och Johanna Bodén kommer att besöka dig på X

fredagen den 5 augusti kl 15.00 för att berätta om ett hjälpmedelsprojekt.

Om du efter att ha fått information väljer att delta i projektet innebär det att du kommer att träffa Erika och svara på två enkäter, intervjuas vid två tillfällen och genomgå en utbildning om kognitiva hjälpmedel.

Projektets syfte är att utveckla arbetsmetoder för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få lära sig mera om kognitiva hjälpmedel. Det görs för att öka delaktigheten vid valet av kognitiva hjälpmedel.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Faxnr
NORRKÖPINGS KOMMUN Vård- och omsorgskontoret 601 81 NORRKÖPING	Nya Rådstugugatan 16	011-15 00 00	011-15 37 60

All medverkan är frivillig. Du bestämmer själv om du vill vara med och du ska veta att du när som helst kan avbryta utan att förklara varför.

Utbildningen innebär att du får lära dig om olika typer av hjälpmedel. Det finns enkla hjälpmedel som kan vara bra att ha för att kunna passa tider, för att komma ihåg vad man ska göra. Det finns också hjälpmedel som kan vara bra om man har svårt att sova eller om man känner oro för något som ska hända.

Utbildningen hålls av Susanne Ebersjö och Agneta Sandell som kommer ut till ditt boende och visar dig dem.

Postadress	Besöksadress	Telefon	Faxnr
NORRKÖPINGS KOMMUN Vård- och omsorgskontoret 601 81 NORRKÖPING	Nya Rådstugugatan 16	011-15 00 00	011-15 37 60

Resultatet kommer att användas i en rapport till Hjälpmedelsinstitutet och artiklar till tidskrifter. Det är för att även andra ska få veta vad vi har kommit fram till. Vi kommer inte använda ditt namn eller några andra uppgifter som gör att någon kan känna igen vad du har svarat.

Första gången vi träffas bjuder vi på kaffe och informerar. Det finns då möjlighet att ställa frågor, men du kan även ringa oss senare. Om du vill delta i projektet bokar vi en tid för nästa träff då du får fylla i en samtyckesblankett och svara på en enkät.

Vänliga hälsningar

Erika Pettersson tel: 011-15 79 91

Agneta Sandell tel: 011- 15 22 99

Susanne Ebersjö tel: 011-15 22 99

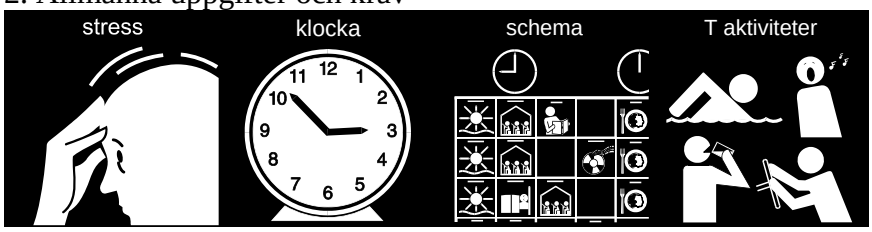
Förteckning över de kognitiva hjälpmedel som ingått i projektet

- "Timstock" ett tidshjälpmedel som visualiserar en viss tidsperiod
- Memo-klocka en talande klocka
- Väckarklocka med vibrationskudde,
- Sigvart dygnsplan, elektronisk dygnstavla med larm
- Voisec, talande minnesstöd
- Sonic Bomb väckarklocka, väckarklocka med ökande ljusstyrka,
- Tyst väggklocka
- Hjälpmedel gällande medicindelning,
- Bolltäcke,
- Webbaserad mobiltelefontjänst tex. Comai,
- Väggschema,
- Almanacka,
- Termometer med bilder,
- Blomvattnar indikator,
- Uppmärkta tvättpåsar för att sortera tvätt,
- Schampo doserare,
- Olikfärgade mått,
- Kaffedoserare,
- Spagettimått
- Timer av/på, äggklocka
- Färgad tejp att temperaturmärka tvätt
- Tejp färgad - skrivbar
- Avtagbara etiketter Märkpenna textil
- Säkerhetstimer
- White board
- Box – Hängmappar
- Utetermometer
- Klädnypor i olika färger
- Trashängare
- Sakletare

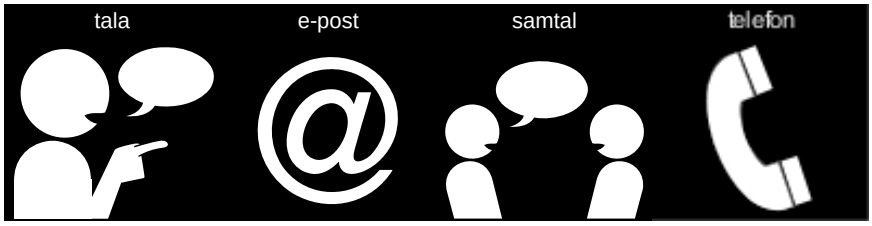
Pictogrambilder till de nio livsområdena enligt ICF.

1. Lärande och tillämpa kunskap

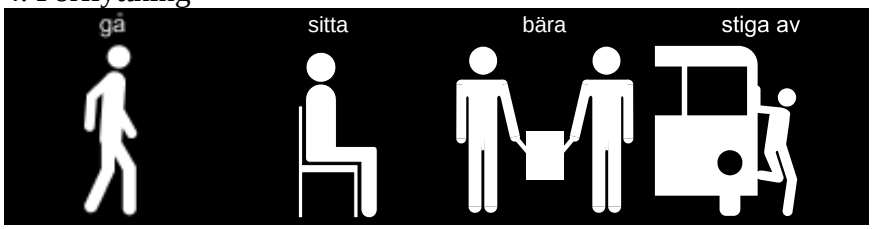
2. Allmänna uppgifter och krav



3. Kommunikation

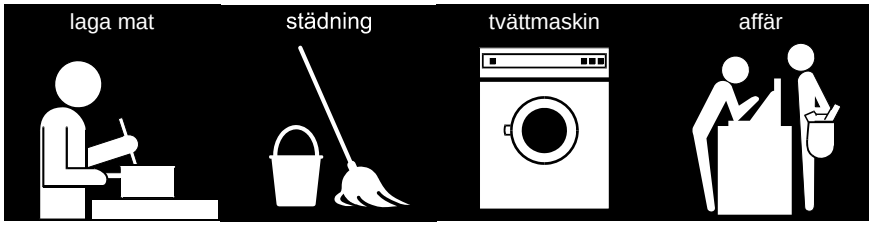


4. Förflyttning

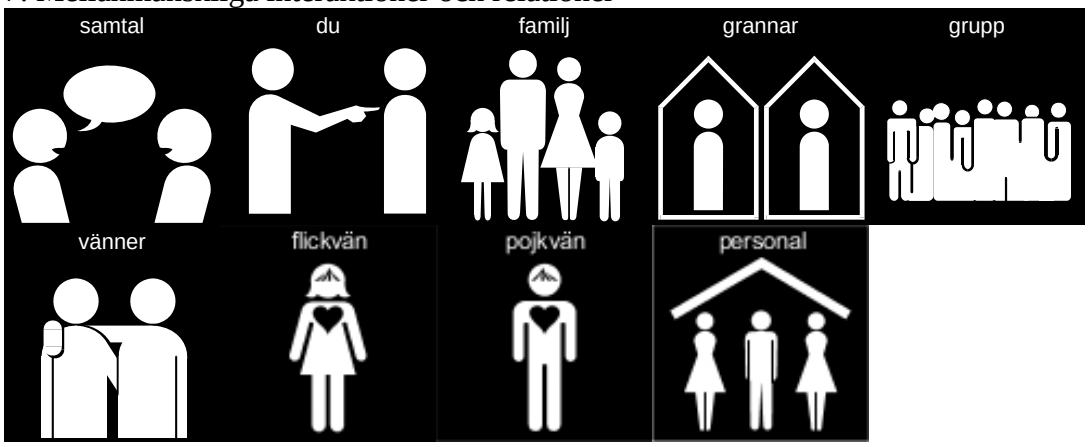


5. Personlig vård

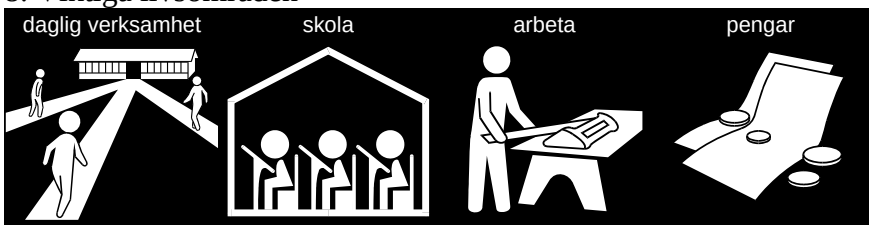
6. Hemliv



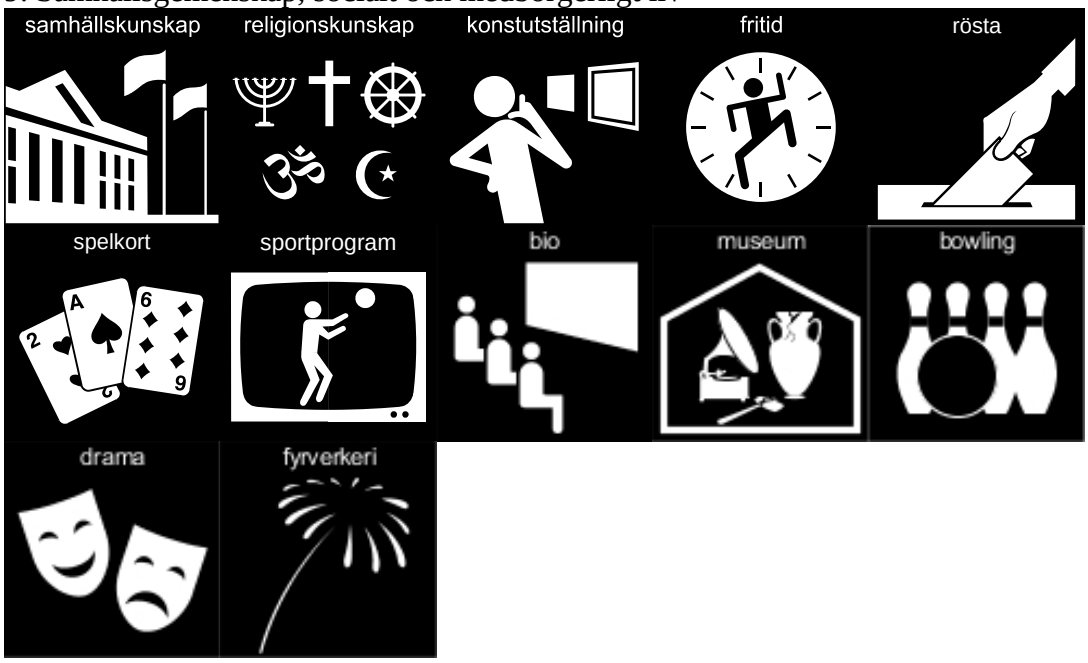
7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer



8. Viktiga livsområden



9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv



Bedömning av Delaktighet i Aktivitet (BDA)
Sammanställningsblankett

Klient _____ **Arbetsterapeut** _____

Personnummer _____ **Datum** _____

Omdöme

S = Stödjer delaktighet i aktivitet (personen fungerar bra)
T = Tillåter delaktighet i aktivitet (personen har vissa svårigheter)

F = Försvårar delaktighet i aktivitet (personen har uttalade svårigheter)
H = Hindrar delaktighet i aktivitet (personen fungerar inte)
IS = Information saknas för att göra bedömning
IA = Inte aktuell

Område	S	T	F	H	IS	IA	Kommentarer
Intressen							
Roller							
Vanor							
Uppfattning om egen förmåga							
Värderingar							
Utförande: - motorik - process - kommunikation/ interaktion							
Tolkning av tidigare erfarenheter							
Fysisk miljö							
Social miljö							
Kortsiktiga mål							
Långsiktiga mål							
Beredskap för anpassning							

Behov av arbetsterapi	
	Bra delaktighet i olika aktiviteter, inget behov av arbetsterapi
	Behov av viss intervention/konsultation av arbetsterapi
	Behov av arbetsterapi för att återställa/förbättra delaktighet
	Behov av omfattande arbetsterapi för att förbättra delaktighet. Uppföljning rekommenderas

Bedömning av Delaktighet i Aktivitet (BDA), version 1.1 (2010).
© Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och författaren Lena Haglund.
Blanketten får enbart kopieras för personligt bruk i din verksamhet.

förbundet sveriges arbetsterapeuter

Hej,

för att kunna följa upp projektet "Brukarperspektiv på kognitivt stöd" skulle vi vilja att du som ska gå utbildning om kognitiva hjälpmedel tar dig tid och svarar på en enkät innan du går utbildningen. Det tar ca 10 minuter att besvara enkäten. All medverkan är frivillig vilket innebär att du själv väljer om du vill besvara enkäten. Vill du inte delta fyller du inte i enkäten. Om du väljer att delta ska du veta att dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och att de är helt anonyma. Om du har några frågor får du gärna höra av dig.

Tack för din medverkan.

Pia Käcker och Erika Pettersson

erika.pettersson@norrkoping.se
tel: 157991

pia.kacker@norrkoping.se
tel: 011-152132

Brukarperspektiv på kognitivt stöd

Anser du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter att lära sig tillämpa kunskap såsom att läsa, skriva och räkna? Hur många brukare skulle du uppskatta har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Tycker du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter att klara allmäna enkla och komplicerade uppgifter och krav såsom att organisera arbetsgång, initiera och slutföra uppgifter, hantera stress, tid och scheman? Hur många brukare skulle du uppskatta har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____

_____
_____
_____

Anser du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter med kommunikation? Att prata, skicka och ta emot e-post, ringa i telefonen etc. Hur många brukare skulle du uppskatta har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Tycker du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter med förflyttning såsom att gå kortare och längre sträckor, åka kommunalt och röra sig utanför hemmet? Hur många skulle du uppskatta har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Anser du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter med personlig vård såsom att tvätta sig, duscha, sminka sig/raka sig, klä på sig, äta, borsta tänderna, vila och upprätthålla sin hälsa? Hur många brukare anser du har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Tycker du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter att genomföra husliga och dagliga sysslor såsom att städa, laga mat, handla, tvätta och hjälpa andra? Hur många brukare skulle du uppskatta har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan

- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Anser du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter inom området interaktion och relation, i exempelvis relationer till famllj, personal och grannar på boendet eller till en partner. Brukare som har svårigheter att påbörja, upprätthålla och avsluta relationer. Hur många brukare uppskattar du har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Tycker du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter att engagera sig i socialt liv i samhället såsom sport, kultur, hobbies, rekreation, religion eller politik? Hur många brukare uppskattar du har sådana svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ Mer än hälften
- ❑ Mindre än hälften
- ❑ Ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom detta område vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det

vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Anser du att det finns brukare där du arbetar som har svårigheter med att regelbundet delta i en dagverksamhet eller delta i ett studiesammanhang eller som har svårigheter med att sköta sina pengar? Hur många brukare uppskattar du har dessa svårigheter?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Alla
- ❑ mer än hälften
- ❑ mindre än hälften
- ❑ ingen

Om brukare väljer att inte vara aktiva inom dessa områden vad beror det huvudsakligen på?

Tänk på samtliga personer som bor där du arbetar och svara utifrån så som det vanligtvis är.

- ❑ Att de inte tycker det är vikitgt
- ❑ Att de inte kan
- ❑ Att de inte vill

Annat:

_____
_____
_____
_____

Vilka kognitiva hjälpmedel känner du till?

Lista dem nedan:

- ❑ Känner inte till några
- ❑ Lista dem du vet nedan:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

Enkät till brukare **före** utbildning

Enkäten genomförs i Pict-o-stat vilket betyder att frågorna presenteras en i taget via en dataskärm. Brukaren väljer bland tre olika svarsalternativ genom att peka med fingret direkt på skärmen. Varje fråga tydliggörs med pictograrnbilder och tal för dem som önskar det. Bifogat finns ett exempel på hur frågorna presenteras för brukaren på skärmen.

1. Lärande och kunskap
    a. Brukar du läsa någon tidning?
    b. Får du lära dig nya saker?
    c. Vem bestämmer vad du ska lära dig?

2. Allmänna uppgifter och krav
    a. Behöver du ett schema där du ser vad som ska hända?
    b. Behöver du ett schema där du ser vilken tid saker ska hända?
    c. Finns det ett schema så att du vet vad som ska hända?
    d. Finns det ett schema där du ser vilken tid saker ska hända?
    e. Vem bestämmer vad som ska stå i schemat?

3. Kommunikation
    a. Förstår de du bor med vad du säger?
    b. Förstår du vad de du bor med säger?
    c. Förstår personalen vad du säger?
    d. Förstår du vad personalen säger?

4. Förflyttning
    a. Brukar du gå ut och gå?
    b. Vem bestämmer när du ska ut och gå?
    c. Brukar du åka buss, spårvagn, bil, tåg, cykel eller taxi?
    d. Vem bestämmer hur du ska åka?

5. Personlig vård
    a. Vem bestämmer när du ska duscha eller bada?
    b. Vem bestämmer vilka kläder du ska ta på dig?
    c. Vem bestämmer när du ska äta?
    d. Vem bestämmer när du ska lägga dig och sova?

6. Hemliv
    a. Vem bestämmer när du ska tvätta?
    b. Vem bestämmer när din lägenhet ska städas?
    c. Vem bestämmer i vilka affärer du ska handla?
    d. Brukar du ordna något att äta eller dricka när du blir sugen?
    e. Vem bestämmer vad du behöver hjälp med hemma?

7. Mellanmäskliga interaktioner och relationer
    a. Kommer du och personalen bra överens?
    b. Tycker du att du har lagom många vänner?
    c. Kan du bestämma själv när du vill umgås med andra?

8. Viktiga livsområden
    a. Får du vara med och bestämma vad du gör på dagarna?
    b. Får du bestämma om dina pengar?

9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
    a. Finns det något att göra på fritiden?
    b. Vem bestämmer vad du ska göra när du är ledig?
    c. Är du med i någon förening (exempelvis sport, religion, politik, kultur, musik)?
    d. Brukar du rösta i allmänna val?

10. Har du något hjälpmedel? Skriv vad:

11. Känner du till något hjälpmedel som du tror skulle underlätta i din vardag?

12. Känner du igen det här hjälpmedlet?

13. Känner du igen det här hjälpmedlet?

14. Känner du till några andra kognitiva hjälpmedel?
    Skriv dem här:

Uppföljningsenkät till brukare **efter** utbildning

Enkäten genomförs i Pict-o-stat vilket betyder att frågorna presenteras en i taget via en dataskärm. Brukaren väljer bland tre olika svarsalternativ genom att peka med fingret direkt på skärmen. Varje fråga tydliggörs med pictogrambilder och tal för dem som önskar det.

1. Lärande och kunskap
    a. Brukar du läsa någon tidning?
    b. Får du lära dig nya saker?
    c. Vem bestämmer vad du ska lära dig?

2. Allmänna uppgifter och krav
    a. Behöver du ett schema där du ser vad som ska hända?
    b. Behöver du ett schema där du ser vilken tid saker ska hända?
    c. Finns det ett schema så att du vet vad som ska hända?
    d. Finns det ett schema där du ser vilken tid saker ska hända?
    e. Vem bestämmer vad som ska stå i schemat?

3. Kommunikation
    a. Förstår de du bor med vad du säger?
    b. Förstår du vad de du bor med säger?
    c. Förstår personalen vad du säger?
    d. Förstår du vad personalen säger?

4. Förflyttning
    a. Brukar du gå ut och gå?
    b. Vem bestämmer när du ska ut och gå?
    c. Brukar du åka buss, spårvagn, bil, tåg, cykel eller taxi?
    d. Vem bestämmer hur du ska åka?

5. Personlig vård
    a. Vem bestämmer när du ska duscha eller bada?
    b. Vem bestämmer vilka kläder du ska ta på dig?
    c. Vem bestämmer när du ska äta?
    d. Vem bestämmer när du ska lägga dig och sova?

6. Hemliv
    a. Vem bestämmer när du ska tvätta?
    b. Vem bestämmer när din lägenhet ska städas?
    c. Vem bestämmer i vilka affärer du ska handla?
    d. Brukar du ordna något att äta eller dricka när du blir sugen?
    e. Vem bestämmer vad du behöver hjälp med hemma?

7. Mellanmäskliga interaktioner och relationer
    a. Kommer du och personalen bra överens?
    b. Tycker du att du har lagom många vänner?
    c. Kan du bestämma själv när du vill umgås med andra?

8. Viktiga livsområden

a. Får du vara med och bestämma vad du gör på dagarna?
b. Får du bestämma om dina pengar?

9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
   a. Finns det något att göra på fritiden?
   b. Vem bestämmer vad du ska göra när du är ledig?
   c. Är du med i någon förening (exempelvis sport, religion, politik, kultur, musik)?
   d. Brukar du rösta i allmänna val?

10. Har du något hjälpmedel? Skriv vad:

11. Känner du till något hjälpmedel som du tror skulle underlätta i din vardag?

12. Känner du igen det här hjälpmedlet?

13. Känner du igen det här hjälpmedlet?

14. Känner du till några andra kognitiva hjälpmedel?
    Skriv dem här:

15. Har du fått något hjälpmedel sedan du gick med projektet?
    Ja
    Nej

16. Vem bestämde vilket hjälpmedel du skulle få?
    Jag själv
    Jag och personalen tillsammans
    Personalen

Samtyckesbrev

Vill du delta i projektet? Vilket innebär att du får besvara två enkäter, genomgå två intervjuer och att du får en utbildning.

Varje enkät kommer att ta ungefär 20 - 30 minuter att besvara.

Den första intervjun tar knappt en timme och den andra ungefär 15 minuter. Frågorna handlar om hur du klarar din vardag.

Utbildningen innebär att du får lära dig om olika typer av hjälpmedel. Det finns enkla hjälpmedel som kan vara bra att ha för att kunna passa tider, för att komma ihåg vad man ska göra. Det finns också hjälpmedel som kan vara bra om man har svårt att sova eller om man känner oro för något som ska hända. Utbildningen tar ungefär två timmar och genomförs tillsammans med en eller två andra personer i ditt boende.

Resultatet, det du svarar och det andra har svarat kommer sedan att användas i en rapport till Hjälpmedelsinstitutet och till artiklar i tidskrifter. Det är för att även andra ska få veta vad vi har kommit fram till. Vi kommer inte använda ditt namn eller några andra uppgifter som gör att någon kan känna igen vad du har svarat.

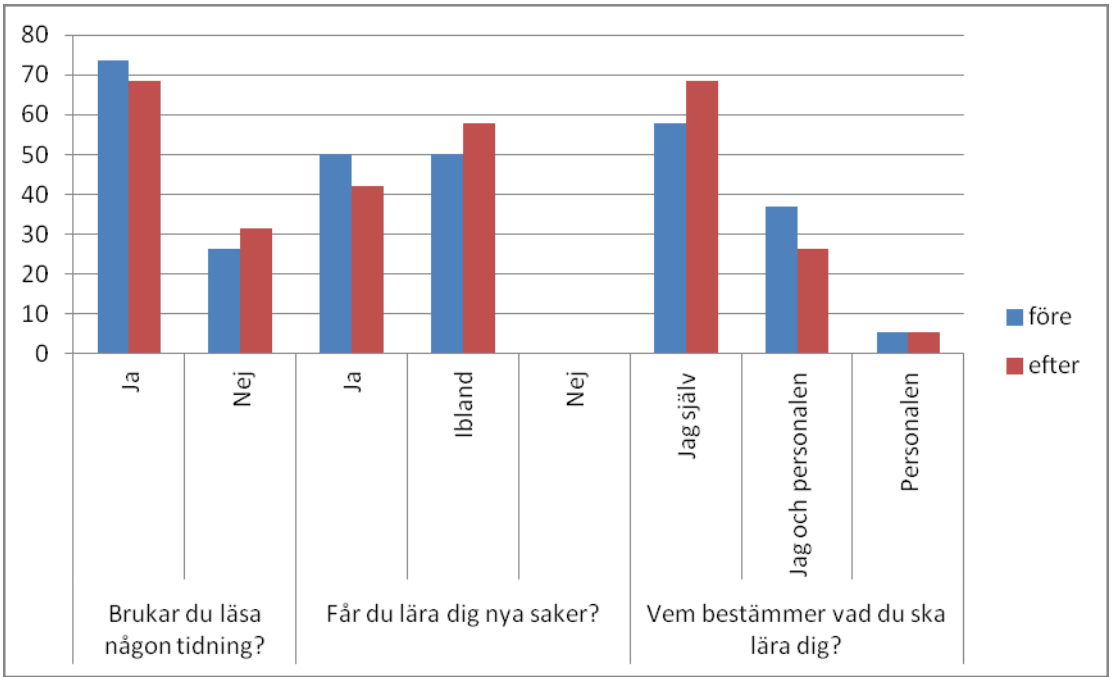
Du bestämmer själv om du vill vara med och du får när som helst säga att du inte vill vara med utan att förklara varför.

Ja, jag vill gärna delta i projektet.

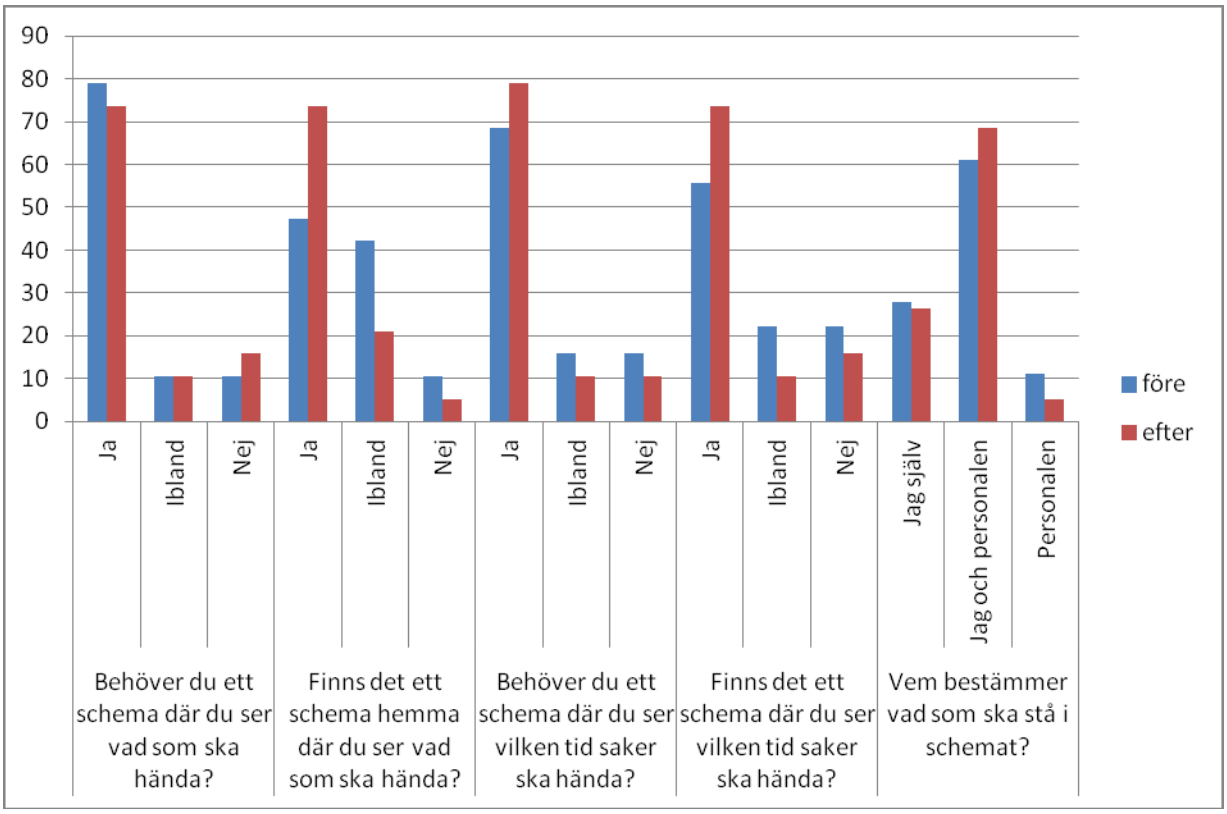
Namn: _____

Datum: _____

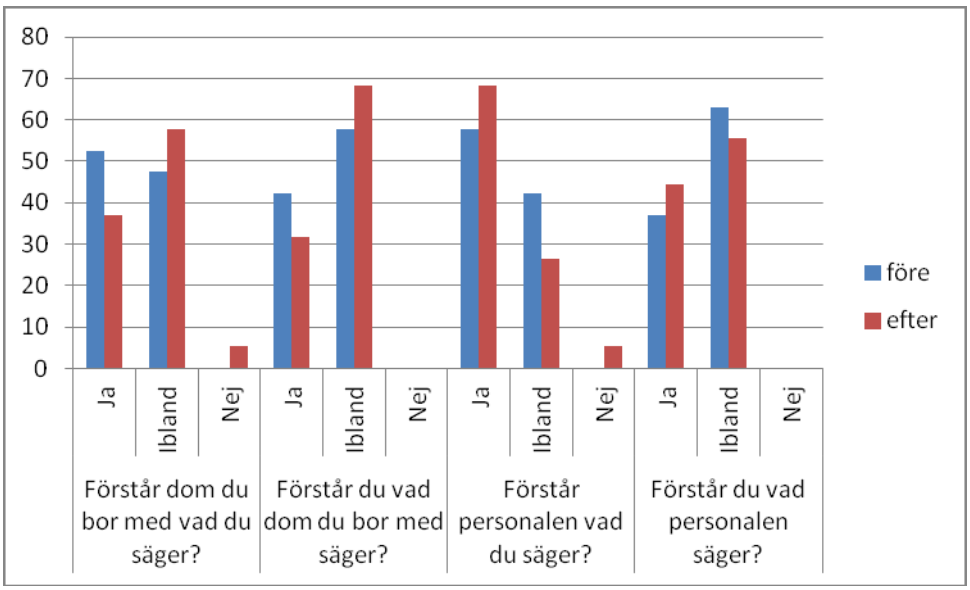
Tabell 1 livsområde 1 Kapitel 1 Lärande och tillämpa kunskap n=19 i alla tabeller i denna bilaga.



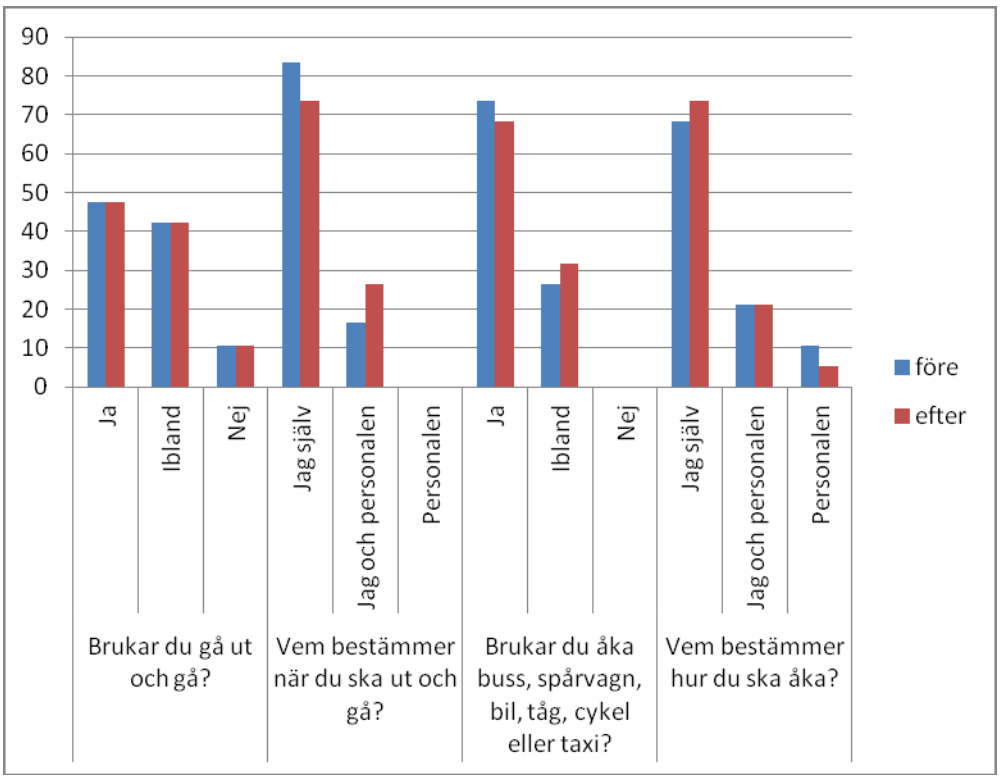
Tabell 2 Livsområde 2 Allmänna uppgifter och krav



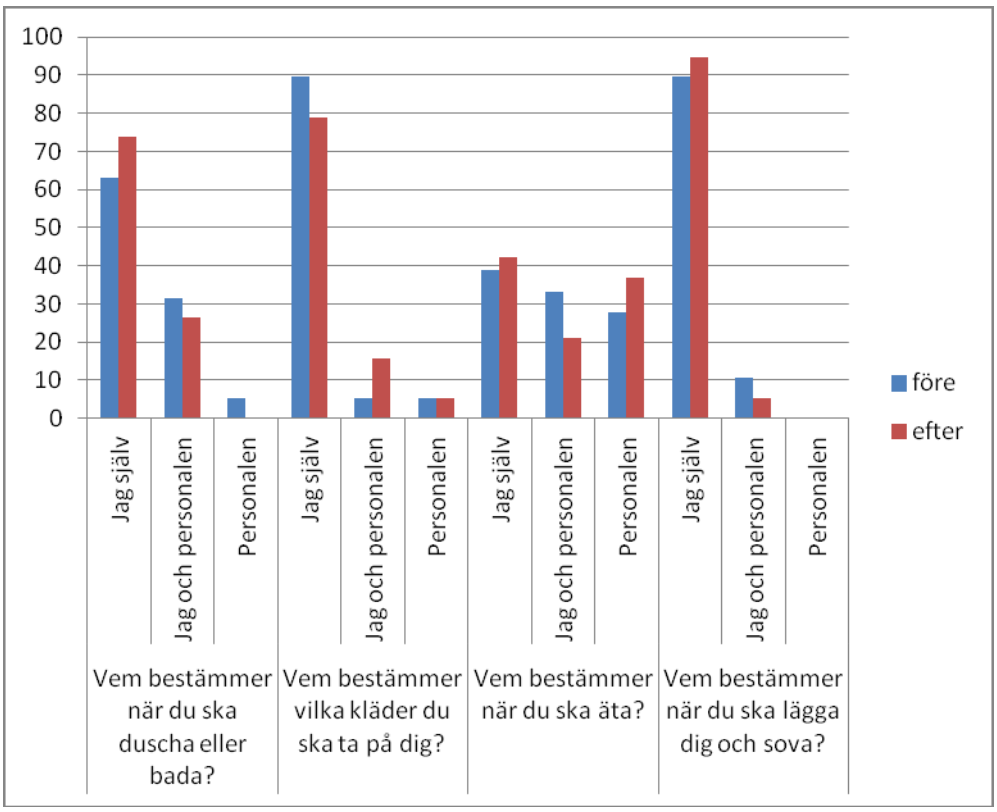
Tabell 3 Livsområde 3 kapitel 3 Kommunikation



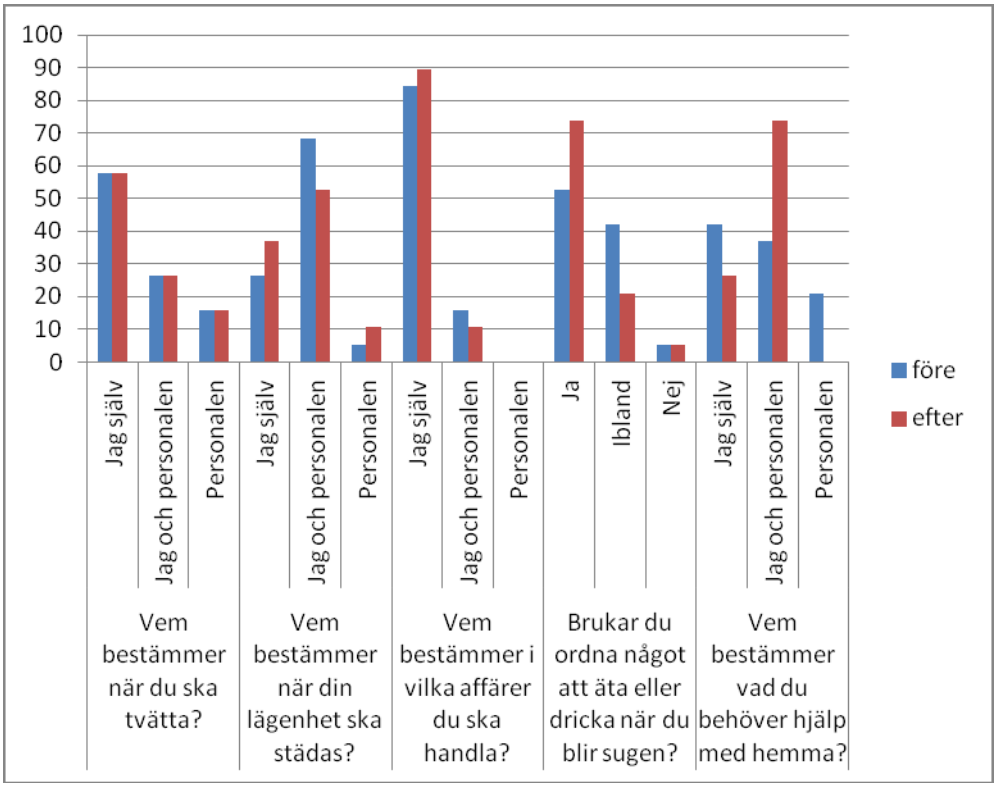
Tabell 4 Livsområde 4 Förflyttning



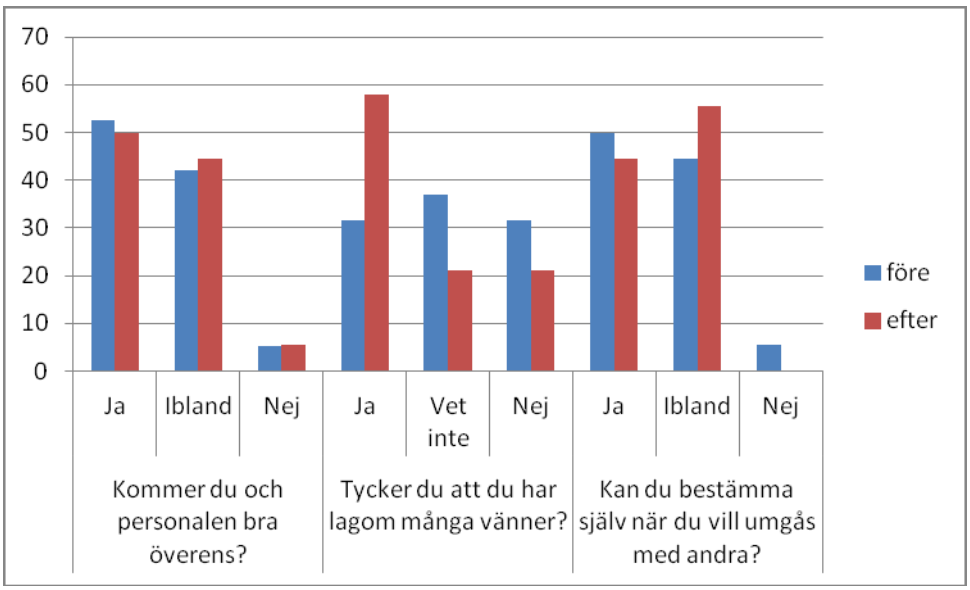
Kapitel 5 Livsområde 5 Personlig vård



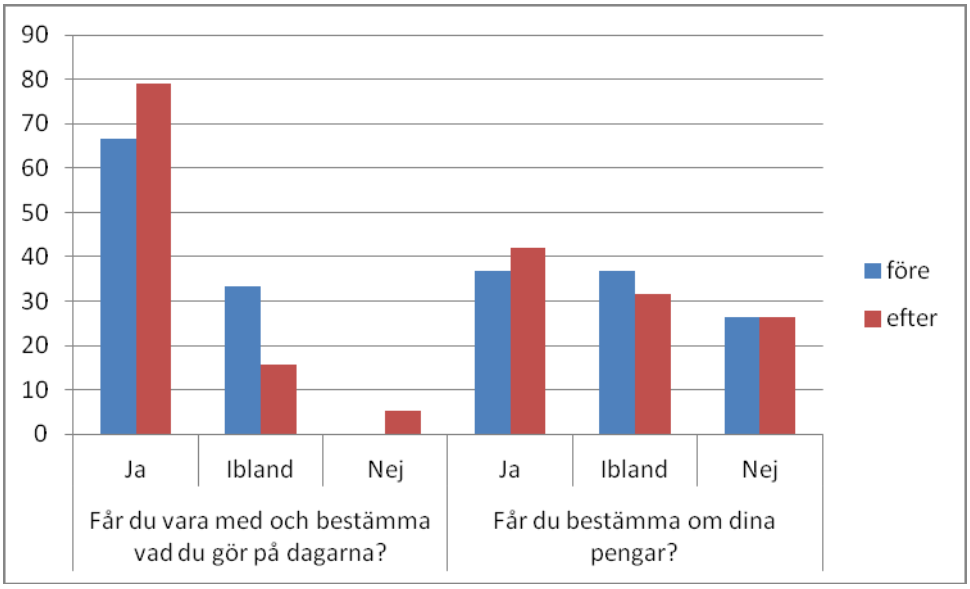
Tabiell 6 Livsområde 6 Hemliv



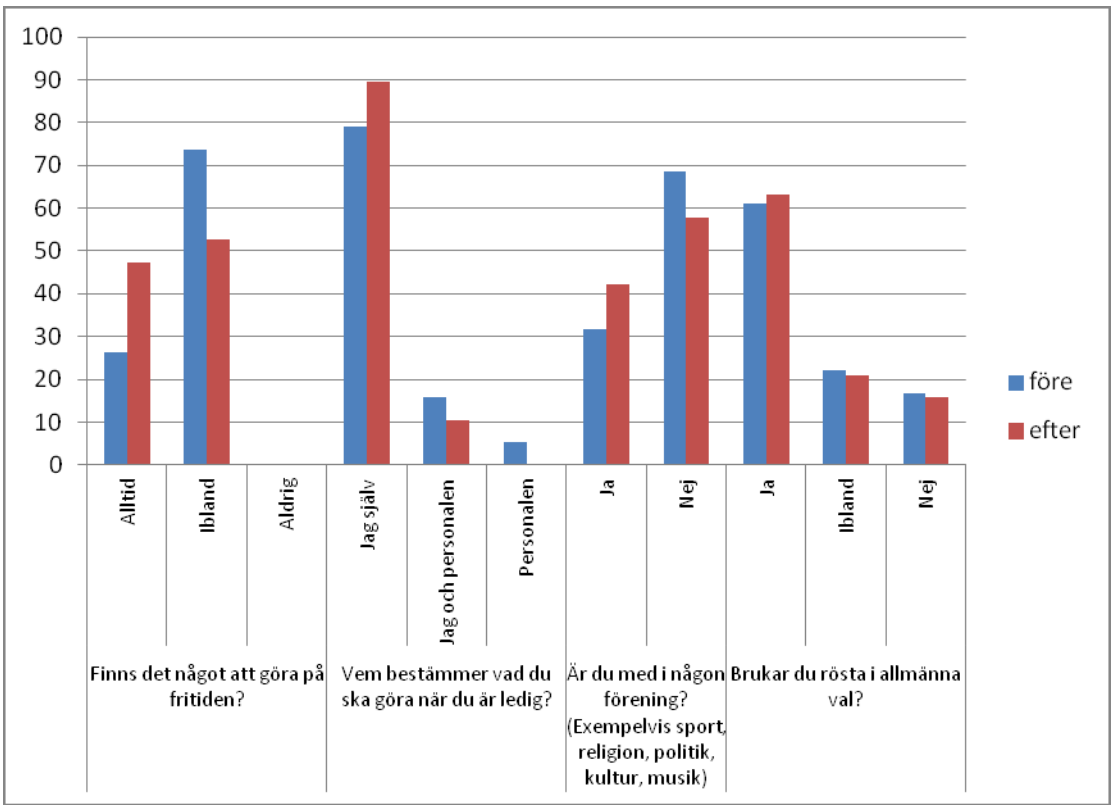
Tabell 7 Livsområde 7 Mellanmäskliga interaktioner och relationer



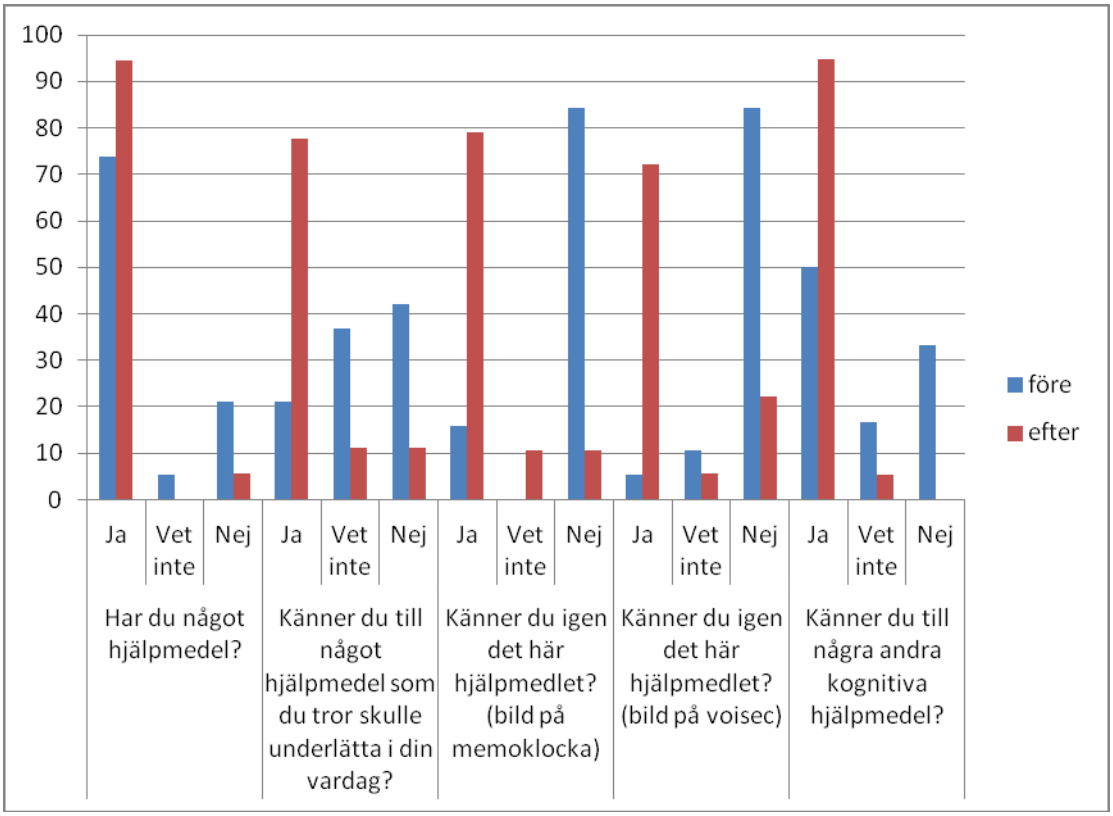
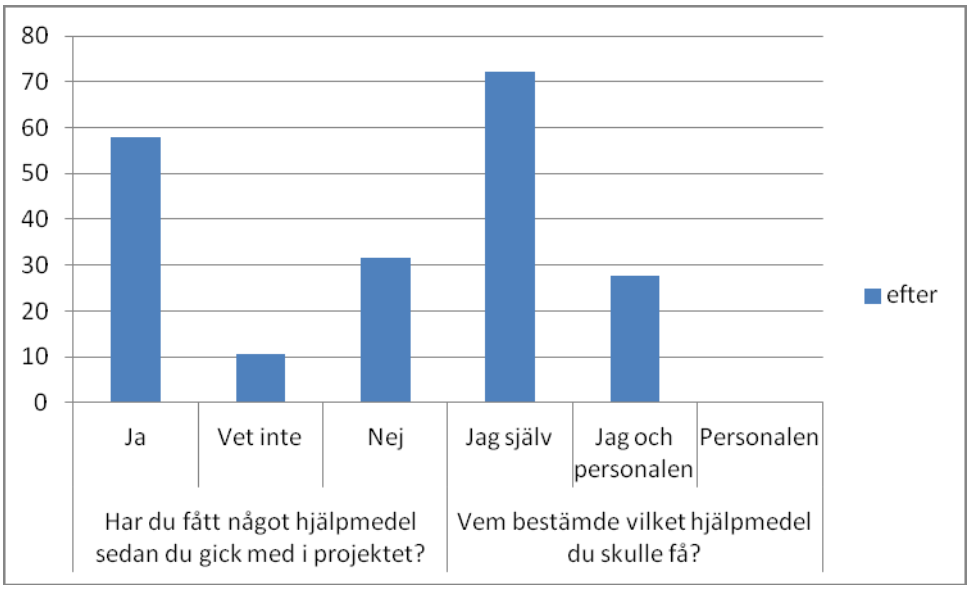
Tabell 8 Livsområde 8 Viktiga livsområden



Tabell 9 Livsområde 9 Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv



Tabell 10. Övriga frågor om hjälpmedel



Tabell 11. Frågor som bara ställts efter