



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

Arbetsterapeuters upplevelse av sitt arbete med kognitiva hjälpmedel

”Det är bara att tänka och göra, eller?”

Författare: Katarina Mc Ghee,
Monica Wallin

Handledare: Elizabeth Hedberg-Kristensson
Kandidatuppsats

Maj 2007

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

2007-05-03

Arbetsterapeuters upplevelse av sitt arbete med kognitiva hjälpmedel.

”Det är bara att tänka och göra, eller?”

Katarina Mc Ghee & Monica Wallin

Abstrakt

Att klara vardagliga aktiviteter är viktigt för människan, möjligheten att påverka sin dag, göra egna val och umgås med andra på egna villkor. Kognitiva funktionsnedsättningar medför svårigheter att ta emot, bearbeta och förmedla information och innefattar bland annat förmågan att minnas, orientera sig i tid och rum och problemlösning. Allt fler personer med funktionshinder är i dag i behov av hjälpmedel som kan ge en ökad livskvalitet. Kognitiva funktionsnedsättningar uppmärksammas allt mer i samhället och utvecklingen av nya produkter går snabbt framåt. Syftet med studien var att undersöka hur arbetsterapeuter inom kommunal verksamhet upplevde sitt arbete med förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Fokusgruppintervju med fem arbetsterapeuter användes som datainsamlingsmetod utifrån en egenkonstruerad frågeguide. Resultatet visade att arbetsterapeuterna upplevde rådande regelverk, kunskapsbrist om produkterna och tidsbrist som de största problemen inom området. Studien indikerar behov av fortsatt forskning som bevisar effekten av och nyttan med kognitiva hjälpmedel och en utveckling av den arbetsterapeutiska kompetensen, resursfördelning och omorganisation inom kommunen kan krävas.

Nyckelord: Arbetsterapi, tekniska hjälpmedel, fokusgruppsintervju, förskrivningsprocess, kommun.

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Elizabeth för goda råd och ypperlig handledning. Vi vill även tacka våra medstudenter för ett gott samarbete. Självklart vill vi tacka våra deltagare i fokusgruppen som gjort studien möjlig att genomföra. Slutligen vill vi tacka våra familjer som fått stå ut med mycket under tiden men som med stort tålamod och kärlek stöttat oss i vått och torrt.

Katarina Mc Ghee

Monica Wallin

Lund 2007-05-03

” Vårt beteende och våra erfarenheter förändrar vår hjärna, och förändringar i hjärnan påverkar vårt beteende och våra upplevelser ”

Jacqueline Borg

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Arbetsterapi.....	1
1.2 Kognition.....	2
1.2.1 Hjärnan och kognitiva funktioner	2
1.2.2 Kognitiva nedsättningar.....	3
1.2.3 Hjälpmedel och kognitiva hjälpmedel.....	4
1.3 Hjälpmedelsverksamheten	5
1.4 Arbetsterapeutens roll vid förskrivning av hjälpmedel i kommunen.....	5
2. Syfte	7
3. Metod	7
3.1 Urvalsförfarande.....	7
3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen	7
3.2 Metod för insamling av information	8
3.3 Procedur	9
3.4 Bearbetning av material	9
3.5 Etiska överväganden	10
4. Resultat	10
4.1 Kognition.....	11
4.1.1 Klienter i kommunen	11
4.1.2 Vad är hjälpmedel	12
4.2 Regelverk	13
4.3 Yrkeskompetens	15
4.3.1 Information och utbildning.....	15
4.3.2 Specialisering	16
4.4 Förskrivningsprocessen.....	16
4.4.1 Behovsbedömning.....	17
4.4.2 Träna, instruera, informera	18
4.4.3 Utvärdera	19
4.5 Framtidstankar.....	19
5. Diskussion	20
5.1 Metoddiskussion.....	20
5.2 Resultatdiskussion.....	22
6. Slutsatser	25
7. Referenslista	27

Bilaga 1 - Introduktion till fokusgruppen

Bilaga 2 - Frågeguide

1 Introduktion

Personer med kognitiva funktionshinder är en grupp i samhället som blivit större varav behovet av kognitivt stöd har ökat. Samhällets allt högre krav på självständighet hos den enskilda individen försvårar för personer med kognitiva funktionshinder (Jahlenius, 2005). I flera aktuella rapporter påvisas att hjälpmedel av olika slag kan underlätta vardagen för dessa personer (Ehrenfors & Gudjonsdottir, 2005; Jahlenius, 2005; Scherer, 2005).

I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79) som har sin grund i FN:s standardregler är grundtanken delaktighet och jämlikhet för funktionshindrade i hela samhället. I Sverige beräknas att cirka tio procent av befolkningen använder hjälpmedel och många av klienterna är äldre (Socialdepartementet, 2004). Kommunerna skall enligt Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) besluta och upprätta lokala regler och rutiner om vilka hjälpmedel som skall vara tillgängliga för förskrivning för funktionshindrade och äldre inom ordinärt och särskilt boende. Förutom de positiva effekter insatser med ändamålsenliga hjälpmedel ger individen, kan det även för samhället medföra besparningar genom att kostnader för vård, stöd och mediciner minskar (Socialdepartementet, 2004).

Kognitivt stöd är ett område som aktualiserats de senaste åren och prioriteras bland annat av Hjälpmedelsinstitutet (2007) som är ett nationellt kunskapscenter inom området hjälpmedel. Syftet är att möjliggöra tillgängliga hjälpmedel för alla utifrån individens behov för ett självständigare liv (Blomqvist, 2005). Det innebär att Hjälpmedelsinstitutet följer utvecklingen inom området och bidrar genom olika projekt till att utveckla hjälpmedelsverksamheten (Hjälpmedelsinstitutet, 2007).

1.1 Arbetsterapi

Inom arbetsterapi är aktivitet ett centralt begrepp och det anses att god hälsa främjas då individen utför meningsfulla aktiviteter och upplever delaktighet (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2002; Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2005a). Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) är en arbetsterapeutisk modell som fokuserar speciellt på aktivitetsutförandet vilket framställs som resultatet av ett dynamiskt samspel mellan person, miljö och aktivitet och pågår under hela människans liv. Aktivitet uppstår då individen utför betydelsefulla uppgifter i samspel med sin omgivning. Förändring i en av komponenterna påverkar alla områden och det innebär att aktivitetsutförandet förändras

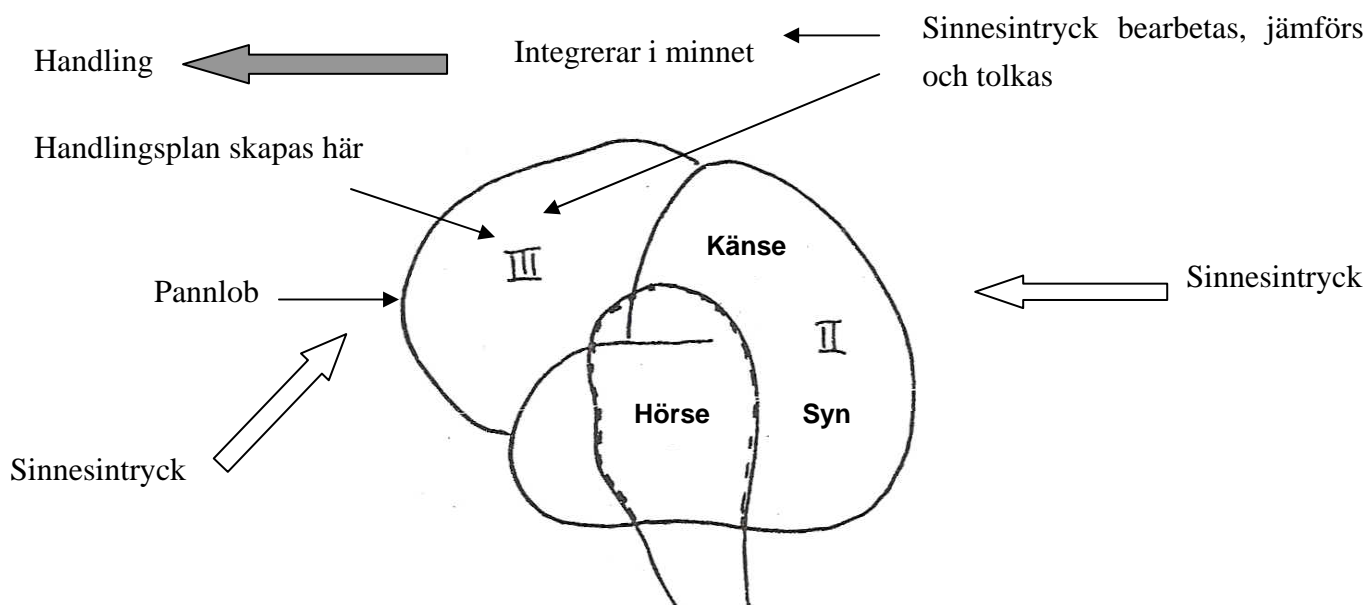
(CAOT, 2002). CMOP utgår från ett klientcentrerat synsätt vilket innebär att klienten har en aktiv roll i behandlingsplaneringen och själv identifierar och väljer vilka aktivitetsproblem som ska lösas (CAOT, 2002).

1.2 Kognition

Individens kognitiva förmåga att ta in, tolka och samordna intryck till ändamålsenliga handlingar är grundläggande för ett fungerande vardagsliv (Aquilonius & Fagius, 2006; Eriksson, 2001; Grieve, 2000; Lundin, 2002). Den uppsjö av sinnesintryck som kontinuerligt når hjärnan, huvudsakligen via syn, hörsel och känsel, är obegripligt stort (Aquilonius & Fagius, 2006). Att människans hjärna sedan utifrån detta enorma flöde kan filtrera dessa sinnesintryck för att skapa en enhetlig och välordnad bild av omvärlden är ännu mer förbluffande (Ingvar, 2000).

1.2.1 Hjärnan och kognitiva funktioner

Den kognitiva processen är ett komplext system där information bearbetas, jämförs, tolkas och integreras inom olika områden i hjärnan vilket styr motorik, minne, språk, känslor och resulterar i att ett beteende äger rum i kroppen (Ingvar, 2000). Hjärnan kan delas in i tre olika block och illustreras här nedan. Det aktiverande *Block 1* består av hjärnstammen och mellanhjärnan – ”vaktmästaren” eller ”väckarklockan” där olika signaler (impulser) färdas och kommunicerar med block 2 och 3, och bestämmer om du skall sova eller vara vaken, om det är läge för en hög eller låg beredskap. Det mottagande *Block 2* innefattar tinningloben, hjässloben och delar av nackloben. Den ”handlingsplan” som försiggår inom detta område skapar upplevelser av verkligheten och vidarebefordrar intrycken till det programmerade *block 3* – pannloben, ”direktören” som bestämmer vad verkligheten skall användas till (Aquilonius & Fagius, 2006; Eriksson, 2001; Nyberg, 2002).



Figur 1. Hjärnans informationsbearbetning modifierad efter Aquilonius & Fagius (2006), Eriksson (2001) och Nyberg (2002).

För att tillägna oss kunskap tar vi hjälp av olika strukturer (tankar, minnen, perception) och processer (abstraktion, uppmärksamhet) i vår hjärna. De kognitiva strukturerna är på olika sätt intimt länkade till våra känslor. Perception har stor betydelse för människans förmåga att minnas, tänka, uppmärksamma och lära in. Minnet i sin tur har en vital koppling till människans viljeliv och är betydelsefullt för individens psykiska balans. Vidare står uppmärksamhet i nära relation till vårt medvetande och är fundamentalt för att erfarenheter skall uppkomma (Aquilonius & Fagius, 2006; Eriksson, 2001; Ingvar, 2000; Nyberg, 2002).

1.2.2 Kognitiva nedsättningar

När en person har nedsatt kognition, innebär det att hjärnan har svårt att klara de processer som behövs för att kunna ta emot, bearbeta och förmedla information (Grieve, 2000).

Funktionsnedsättningen kan variera i olika utsträckningar hos varje individ och de specifika kognitiva bristerna påverkar sinsemellan varandra, och influeras även av personens allmänna kognitiva nivå (Grieve, 2000; Eriksson, 2001; Lundin, 2002).

Många personer har kognitiva svårigheter av olika anledningar och faktum är att alla människor i olika perioder i sitt liv kan få en nedsatt kognitiv förmåga (Jönsson, 2005). För att nämna ett exempel som vi alla kan känna igen oss i är vår tids stressrelaterade ohälsa. De individer som inte kan hålla en rimlig rytm och takt på grund av stress (utbrändhet) kan utlösa

en nedsatt kognitiv förmåga och få svårt att ta in och tolka information korrekt (Jönsson, 2005). De grupper som berörs av kognitiva funktionsnedsättningar är bland annat dyslektiker, personer med förvärvad hjärnskada eller med neuropsykiatriska och andra psykiska funktionshinder och demenssjukdomar (Grieve, 2000; Scherer, 2005).

En kognitiv nedsättning kan vara ett dolt handikapp, ett funktionshinder som inverkar på en människas hela liv som att vårda sig själv i det dagliga livet, att umgås med andra, att arbeta eller delta i regelbundna aktiviteter (Jahlenius, 2005; Grieve, 2000). De konsekvenser för aktivitetsutförande som uppstår kan bland annat vara att de glömmer bort att äta mat eller ta sin medicin, de kan glömma ett avtalat möte med sin läkare, de kan glömma bort vad som ska hända under dagen, de kan glömma stänga spisen, vattnet eller elapparater, de kan gå hemifrån utan att låsa och att de lämnar fönster och dörrar öppna (Ehrenfors & Gudjonsdottir, 2005).

1.2.3 Hjälpmedel och kognitiva hjälpmedel

Det finns idag inte någon formell definition av begreppet hjälpmedel för personer med funktionshinder (Blomquist & Nicolaou, 2000). Cook & Hussey (2002) definierar hjälpmedel som produkter vilka bidrar till att minska eller kompensera funktionell kapacitet för individer med funktionsnedsättning. Hjälpmedlen syftar till att tillgodose grundläggande personliga behov genom att förebygga, behandla, träna och kompensera aktivitetsbegränsningar (Blomquist & Nicolaou, 2000).

Kognitiva hjälpmedel är något som förskrivs för att stödja och kompensera personens kognitiva svårigheter såsom förmågan att minnas, orientera sig i tid och rum, problemlösningsförmåga, numerisk förmåga och språklig förmåga (Arthanat, Nochajski & Stone, 2004). Produkterna för personer med kognitiva funktionshinder kan till exempel innefatta enkla hjälpmedel såsom post-it-lappar, almanackor, whiteboardtavlor, och mer avancerade som handdatorer, elektroniska klockor, elektroniska almanackor och medicinpåminnare (Cook & Hussey, 2002; Scherer, 2005).

Dagligen i vårt samhälle använder vi alla tekniska hjälpmedel som är så självklara att vi inte reflekterar över det, som exempelvis datorer, klockor, fjärrkontroller och mobiltelefoner. All denna teknik som underlättar vardagen för oss ”normalbegåvade” borde också kunna användas för att underlätta vardagen för dem som verkligen har kognitiva problem (Jönsson,

2005). Bodil Jönsson (2005) är en forskare som vill lyfta fram betydelsen av hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar där tyngdpunkten ligger på själva görandet snarare än diagnos. Med dagens snabba tekniska utveckling inom alla områden känns möjligheterna i det närmaste obegränsade. Om en person till exempel har svårt att komma igång, kan en inspelad påminnelse hjälpa till att puffa på i en aktivitet som att klä på sig, och vara ett stort stöd (Jönsson, 2005). Det fundamentala i samspelet mellan människa, teknologi, pedagogik och design är enligt Polgar (2006) den berörde människans unika upplevelse av ett hjälpmedel och hur betydelsefullt just det hjälpmedlet är i den personens liv.

1.3 Hjälpmedelsverksamheten

Hjälpmedel är en del av den samlade vårdinsatsen, där hjälpmedelsförskrivning är en stödprocess i vårdkedjan utifrån en helhetssyn på klientens situation (Blomquist & Nicolaou, 2000). Med hjälpmedel avses enligt Kommunförbundet Skåne (2005) dels hjälpmedel för att underlätta den dagliga livsföringen, dels hjälpmedel för egen vård och behandling. Ansvaret för hjälpmedelshanteringen är uppdelad mellan kommun och region och ser olika ut i landet (Jahlenius, 2005; Kommunförbundet Skåne, 2005). Ansvarsfördelningen kräver samarbete mellan instanserna men leder ofta till otydligheter som påverkar både klienterna och förskrivarna (Blomquist, 2005; Jahlenius, 2005). Utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18b § och 3b § beslutas och upprättas lokala riktlinjer om vilka produkter som är att betrakta som hjälpmedel, för vilka funktionsnedsättningar ett hjälpmedel kan förskrivas och av vem de förskrivs (Blomquist & Nicolaou, 2000). Sortimentet begränsas i syfte att bedriva en kostnadseffektiv och kvalitativt bra verksamhet. Möjlighet att gå utanför sortimentet finns när klientens behov inte kan tillgodoses (Jahlenius, 2005; Kommunförbundet Skåne, 2005). Förskrivning av hjälpmedel har på senare år förändrats från att vara diagnos- och produktstyrt till ett mer behovsinriktat synsätt, där det är individens problem som avgör vilka hjälpmedel som förskrivs, och detta medför att nya målgrupper uppmärksammas allt mer (Blomquist, 2005).

1.4 Arbetsterapeutens roll vid förskrivning av hjälpmedel i kommunen

En uppgift som ingår i arbetsterapeutens yrke är att vid behov rekommendera och förskriva såväl enkla som avancerade hjälpmedel (FSA, 2005a; Socialstyrelsen, 2001). Syftet är att kompensera, förbättra eller förebygga ett funktionshinder (Blomquist & Nicolaou, 2000; Buning, Hammel, Angelo, Schmeler & Doster, 2004). Förutom hjälpmedelsförskrivning utför arbetsterapeuten i kommunen en mängd andra interventioner, som kan vara att bedöma

behovet av bostadsanpassningar, informera, konsultera och träna klienter i olika aktiviteter (Lilja & Borell, 2001). För att kunna fullfölja och utföra åtgärderna krävs samordning och planering mellan flera olika yrkeskategorier (Lilja & Borell, 2001).

Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder är en skrift framtagen av Blomquist & Nicolaou (2000) för att ge stöd och vägledning i arbetsterapeutens arbete med hjälpmedel. Skriften baseras på de lagar och författningar som gäller inom hjälpmedelsområdet. Processen omfattar olika steg, vilka är följande: bedöma behov av insatser; prova ut, anpassa och välja specifik produkt; specialanpassa, initiera och utfärda anvisning vid behov; instruera, träna och informera; följa upp och utvärdera funktion och nytta. Det betonas att planering och genomförande av insatser skall ske i samråd med klienten genom hela processen, vilket stämmer väl överens med kommunens regelverk (Kommunförbundet Skåne, 2005). Iwarsson & Ståhl (2003) anser att användbarhet är en subjektiv komponent, där individens förmåga och förutsättningar till aktivitet uppkommer i mötet mellan person, miljö och aktivitet. Arbetsterapeutens förståelse för individens subjektiva upplevelse behövs vid bedömning om och hur ett hjälpmedel kan möjliggöra en aktivitet för individen på bästa sätt (Baum, Bass-Haugen & Christiansen, 2005; Polgar, 2006).

Hammel & Smith (1993) beskrev tidigt på 90-talet vikten av att arbetsterapeuter behövde hålla sig ajour inom teknologins utveckling för funktionshindrade. Vidare menar Unsworth & Townstedt (1997) att teknologin enbart kan främja klienten om arbetsterapeuten är välutbildad och har tillräcklig kunskap och kännedom om den tekniska utvecklingen. Arbetsterapeuter är skyldiga att upprätthålla och utveckla sin professionella kompetens och anpassa den arbetsterapeutiska verksamheten med hänsyn till samhällets föränderlighet (Alsop, 2001; FSA, 2005a) Kompetensutveckling handlar i synnerhet om lärandet i det dagliga arbetet, inte bara om att genomgå en utbildning (FSA, 2005b).

För övrigt har det varit svårt att finna någon forskning i relation till arbetsterapi och kognitiva hjälpmedel. Författarna har vid flera tillfällen stött på de problem en kognitiv nedsättning fört med sig och vilka konsekvenser det kan ge för personerna i aktivitet och ute i samhället. För att kunna utveckla den arbetsterapeutiska kompetensen behövs kunskap i hur arbetsterapeuter kan hjälpa personer med kognitiv nedsättning med kognitiva hjälpmedel som intervention. Saknaden av information och forskning inom arbetsterapi och det egna intresset ledde fram till syftet.

2 Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur arbetsterapeuter inom kommunal verksamhet upplevde sitt arbete med kognitiva hjälpmedel.

3. Metod

Studien utgick från en kvalitativ ansats i syfte att beskriva, förstå och tolka hur arbetsterapeuterna i en kommun upplevde sin roll som förskrivare av kognitiva hjälpmedel (DePoy & Gitlin, 1999). Det primära i denna typ av undersökning är inte att förklara, utan att öka förståelsen för varför människor handlar som de gör (Berg, 2001; DePoy & Gitlin, 1999).

3.1 Urvalsförfarande

Urvalet skedde genom vad DePoy och Gitlin (1999) kallar målinriktad sampling, vilket innebär att ett avsiktligt urval av personer görs av forskaren på grundval av i förväg fastställda kriterier. Detta för att uppnå största möjliga representativitet och för att klart redogöra vilka begränsningar som gäller för resultatet (DePoy & Gitlin, 1999). Deltagarna valdes ut från en större kommun i södra Skåne. Antalet undersökningsspersoner avgränsades till mellan fyra och sex. Detta baserades på att Wibeck (2000) anser att antalet deltagare i en fokusgrupp bör vara minst fyra och högst sex, eftersom personerna i mindre grupper får större inflytande och engagemang, och alla får chans att uttrycka sin åsikt.

Inklusionskriterierna för undersökningsspersonerna var att deltagarna skulle:

- vara legitimerade arbetsterapeuter
- vara verksamma inom kommunal verksamhet
- ha erfarenhet av att förskriva kognitiva hjälpmedel

3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

Samtliga fem arbetsterapeuter som medverkade i studien var kvinnor med kandidatutbildning. Åldrarna varierade mellan 28 och 58 år. Bakgrundsfakta om deltagarna illustreras här nedan.

Tabell 1: Beskrivning av deltagarna i fokusgruppintervjun.

Deltagare	Examen	Erfarenhet	Arbetsområde	Antal år inom kommun
01	2005	2 år	LSS	2 år
02	2002	5 år	Korttidsboende	5 år
03	1983	27 år	Distrikt	18år
04	1999	8år	Distrikt	7år
05	2005	2år	Distrikt	1år

3.2 Metod för insamling av information

Fokusgruppintervju är en kvalitativ forskningsteknik som används för att samla in data genom gruppinteraktion kring ett ämne som bestämts av forskaren (Berg, 2001; Wibeck, 2000).

Syftet med fokusgruppmetoden är att minska intervjuarens styrande roll eftersom målet är att komma åt hur gruppen samtalar kring ämnet samt studera den sociala interaktionen med tanke på hur åsikter, attityder, föreställningar och idéer uttrycks i en grupp (Wibeck, 2000).

En intervjuguide konstruerades med frågor delvis baserade på den lägesrapport Blomquist & Månsson (2005) genomförde angående förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Även stegen i Förskrivningsprocessen för hjälpmedel (Blomquist & Nicolaou, 2000) utgjorde en bas. Öppna frågor användes för att uppmuntra deltagarna att i största möjliga mån svara fritt (DePoy, & Gitlin, 1999). Inledningsvis handlade frågorna om hur arbetsterapeuterna definierade kognition samt vilka hjälpmedel och målgrupper de vanligtvis kom i kontakt med i sitt arbete. Enligt Wibeck (2000) bör öppningsfrågorna vara av faktakaraktär som alla kan svara på, de bör tjäna till att introducera ämnet, få deltagarna att känna sig avslappnade och skapa samhörighet i gruppen. Enligt Wibeck (2000) är det viktigt att få deltagarna att känna sig avslappnade och tillfreds med situationen redan från början. För att skapa en god stämning inleddes mötet med fika och småprat. Följande frågor i intervjuguiden berörde arbetsterapeuternas upplevelse av sitt arbete i relation till hjälpmedelsförskrivning, regelverk och ansvarsfördelning mellan region och kommun och vad arbetsterapeuterna ansåg om sin kompetens inom området kognition. Avslutningsvis gavs deltagarna möjlighet att reflektera kring vad som sagts i diskussionen och slutfrågan ställdes om de hade något övrigt att tillägga. Slutfrågan syftar till att ge en försäkran om att ingen viktig aspekt förbisetts vilket rekommenderas av Wibeck (2000). (Se bilaga 1 och 2).

För att försäkra oss om att frågorna uppfattades på rätt sätt och för att träna intervjueteknik genomfördes en provintervju med tre arbetsterapeutstudenter som var väl insatta i metoden. En del frågor formulerades därefter om och förtydligades. Enligt DePoy & Gitlin (1999) bör nya instrument alltid testas för att stärka frågornas tillförlitlighet.

Deltagarna i fokusgruppen diskuterade kring de specifika frågeställningarna under ledning av den första författaren som agerade som moderator. Moderatoren har en viktig roll och måste ha rätt ”passform” utifrån grupsammansättningen samt ha förmåga att lyssna, vara empatisk och ha en god uppfattningsförmåga. Moderatoren bör ha insikt i ämnet och verksamheten, men för övrigt hålla sig neutral (Wibeck, 2000). Den andra författaren deltog under intervjun som observatör och förde anteckningar. Att vara två forskare närvarande under fokusgruppsintervjun anser Berg (2001) vara idealiskt, då det stärker reliabiliteten. Vid transkriptionen är det även en fördel att vara två för att identifiera rösterna för att i största möjliga utsträckning undvika feltolkningar vid analysen (Berg, 2001).

Den här typen av kvalitativ forskningsintervju ger utifrån de aktuella frågeställningarna ett bredare perspektiv, och medför att deltagarna får möjlighet att föra fram sina åsikter samtidigt som andra i gruppen lyssnar och kan fylla på med sina egna erfarenheter. Denna interaktion mellan deltagarna anses kunna ge ett större djup i svaren på frågorna (Wibeck, 2000). I en fokusgrupp är den gemensamma synpunkten av större betydelse än den enskildes (Wibeck, 2000).

3.3 Procedur

Kontakt etablerades via mejl med enhetschefen för hjälpmedelcentrum som delgav oss adresser till de olika rehabcheferna vilka kontaktades med en förfrågan om att välja ut potentiella arbetsterapeuter ifrån sitt område för att delta i studien utifrån våra kriterier. Informationsbrev skickades därefter ut till rehabcheferna där studiens syfte förklarades. Informationsbrev och blankett för samtycke bifogades, vilka rehabcheferna vidarebefordrade till fyra möjliga arbetsterapeuter i sitt område. De arbetsterapeuter som var intresserade att delta i fokusgruppen skickade samtyckesblankett till författarna där de gav sitt medgivande till att delta och till att intervjun spelades in på band. När svaren mottagits kontaktades arbetsterapeuterna per telefon då demografisk fakta samlades in utifrån en mall. Då bestämdes även tid och plats för intervjun. Fokusgruppintervjun genomfördes utifrån frågeguiden i en lokal känd för deltagarna. Intervjun spelades in på två bandspelare vilka testades innan

gruppen var på plats. Intervjun pågick under en timme och tjugo minuter vilket är inom ramen för vad som rekommenderas för denna metod (Berg, 2001; Wibeck, 2000).

Arbetsterapeuterna erbjöds att ta del av materialet då studien sammanställdes.

3.4 Bearbetning av material

Inspelningen skrevs ut ordagrant av båda författarna var för sig för att sedan jämföras och diskuteras. Analysarbetet följde en sekventiell process vilket i stort innefattade att koda materialet, dela upp det i enheter för att försöka finna mönster och övergripande teman (Wibeck, 2000). Texten lästes igenom ett flertal gånger för att framkalla en helhetsbild. Reflektioner och spontana tankar antecknades och diskuterades. Materialet analyserades utifrån den metod Schatzman & Strauss (1973) kallar deskriptiv klassificering, vilken är den mest grundläggande metoden att analysera kvalitativ data. Detta innebär att analysen utgår från en befintlig teori eller modell inom det kunskapsområde ämnet gäller, i detta fall Förskrivningsprocessen för hjälpmedel (Blomquist & Nicolaou, 2000). Materialet kondenserades i flera steg, kärnan togs ut och all irrelevant information raderades efter hand. Fem huvudgrupper valdes ut: kognition, regelverk, yrkeskompetens, förskrivningsprocessen och framtids tankar, från vilka resultatet redovisades. Inom kvalitativa forskningsmetoder betonas vikten av att följa en föreskriven systematisk analysprocess för att resultatet ska bli så tillförlitligt som möjligt (Berg, 2001; Wibeck, 2000).

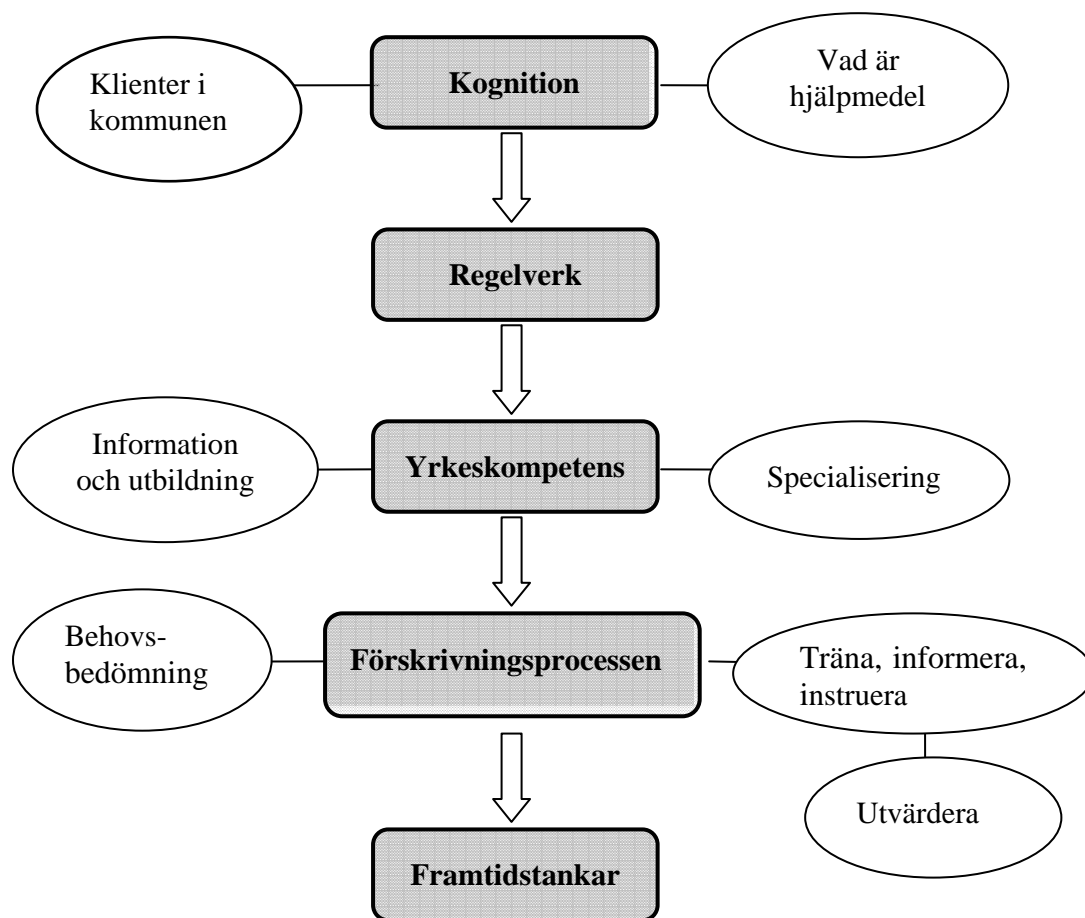
3.5 Etiska överväganden

Tillvägagångssättet och frågeguiden blev granskat och godkänt av medlem i Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet enligt deras nuvarande gällande regler. Deltagarna informerades i brevet om att den insamlade datan skulle hanteras konfidentiellt och sedan förstöras efter studiens avslutande.

4 Resultat

Författarna plockade ut de väsentligaste delarna som belyste arbetsterapeuternas upplevelse av kognitiva hjälpmedel inom kommunal verksamhet. I resultatet bidrog alla deltagarna med sina åsikter och erfarenhet i olika utsträckning. Resultatet presenteras nedan med följande fem huvudgrupper och sju undergrupper, vilket visas i figur 2 nedan.

Figur 2: De olika grupperna i resultatet



4.1 Kognition

Deltagarna i fokusgruppen inledde med att definiera begreppet kognition som att handla om påminnelse, komma ihåg, förståelse, tidsbegrepp, struktur och rumsorientering. Deltagarnas uppfattning om i vilket syfte kognitiva hjälpmedel förskrevs var främst för att hjälpa klienterna med att få en bättre struktur, bli mer aktiva och självständiga i sin vardag, vilket i sin tur kan leda till en förhöjd livskvalité. I andra fall för att minska oro hos klienten eller för att avlasta anhöriga.

4.1.1 Klienter i kommunen

Deltagarna uppgav att inom kommunen kom de i kontakt med ett brett spektrum av klienter med kognitiva nedsättningar. De diagnoser som nämndes var Parkinson, autism, ADHD, förvärvade hjärnskador, utvecklingsstörning, Downs syndrom och schizofreni. I resultatet framgick att det var framförallt den äldre befolkningen, ofta med demens, som arbetsterapeuterna kom i kontakt med. Häften av de klienter som de träffade upplevdes kunna

vara dementa även om de inte var diagnostiserade. Yngre klienter med till exempel förvärvade hjärnskador var en grupp som arbetsterapeuterna sällan mötte eftersom de rehabiliterats på exempelvis Orup och därmed redan fått den hjälp de behövde.

En grupp som deltagarna ansåg komma att öka betydligt är utvecklingsstörda personer med diagnoser som autism och Downs syndrom då de numera blir mycket äldre än tidigare.

”...de blir så mycket äldre. Jag har en autistisk dam som är 89, en utvecklingsstörd dam som är 93 alltså. Och personalen som jobbar i deras lägenheter de har ju ingen aning om så att säga vanligt normalt åldrande som blir helt annorlunda när de har såna andra diagnoser...”

Deltagarna ansåg det angeläget att uppmärksamma behoven av kognitivt stöd gällande klienter med psykiatriska diagnoser, typ schizofreni, då de förväntas bo i det egna boendet. Det har bland annat visat sig att dessa personer kan vara en säkerhetsrisk för såväl sig själva som sin omgivning.

”... och oftast är det då att de sätter fyr i köket. Antingen när de sätter på spisen eller när de skall frosta av frysen för då sätter de in värmeljus. För att det skall smälta snabbare så halvstänger man dörren så platen börjar brinna. Alltså det är mycket sådant...”

Enligt deltagarna går dessa bostadsanpassningar i rasande fart och spisvakten är oftast på plats inom fem dagar istället för att det annars kan ta cirka en månad.

De konsekvenser i aktivitetsutförande kognitiva nedsättningar kan föra med sig för klienten uppgav deltagarna vara svårigheter i samband med tidsuppfattningen, när saker skall göras eller inte göras, svårt med att begränsa sin tid och avsluta sina aktiviteter. Ytterligare konsekvenser som uppgavs var att klienten känner oro, blir utåtagerande eller beroende av andra. Framförallt var minnesproblematiken framträdande. Exempel som uttalades var att personerna inte kommer ihåg att stiga upp och duscha, att ta sin medicin, att komma i tid till inbokade möten eller att kolla i kylskåpet inför inköp.

4.1.2 Vad är hjälpmedel

Kognitiva hjälpmedel som gruppen uppgav att de kommit i kontakt med eller förskrivit var tidshjälpmedel av olika slag som minnesklocka och timstock. Hjälpmedel för att få struktur på sin dag som de nämnde var Sigvard dagplan, elektronisk almanacka som Natt-och-dagkalender, Förgät-mig-ej och Handi. Övriga hjälpmedel som nämndes var spisvakt, bolltäck

och medicindoseraren Carousel.

Ett intressant perspektiv som deltagarna diskuterade var hur begreppet kognitiva hjälpmedel kunde tolkas.

”...om man kan räkna timer och spisvakt som ett kognitivt hjälpmedel? För det är ju en bostadsanpassning men det är ju ändå ett hjälpmedel och det har man ju hört mycket om...”

Vidare nämnde deltagarna att en del av det kognitiva stödet även kunde innefatta små tips i vardagsmiljön. Exempel som uppgavs var förenklade fjärrkontroller, telefon med tydliga siffror eller att använda sig av strategiska lappar, produkter som klienten själv kunde inhandla bland annat hos Clas Ohlsson. Det framgick att deltagarna endast vid enstaka tillfällen använt sig av denna typ av rådgivning till klienterna.

”...Olika markeringar på spis och sådana där grejor och färgmarkeringar så att de inte missuppfattar saker och ting fel...sånt där kan ses som ett kognitivt hjälpmedel...”

4.2 Regelverk

I resultatet framkom att deltagarna upplevde en viss förvirring och osäkerhet gällande rådande regelverk och ansvarsfördelning mellan regionen och kommunen.

”...det känns som helt vansinnigt att instanserna inte kan bestämma sig för vem som skall ha ansvaret för vad. De håller på och försöker reda ut... hoppas det kommer till någon lösning...”

Gruppen upplevde vid tillfällena att enbart inneha rollen som förskrivare. I situationer då arbetsterapeuter från neuropsykiatriska avdelningen, från habiliteringen eller logopederna var den som gjorde bedömningen och själva utprovningen av ett kognitivt hjälpmedel.

”...men då är man också verkligen bara förskrivare...”

Deltagarna beskrev vidare att ansvarsfördelningen för kognitiva hjälpmedel såg olika ut i kommunerna i hela landet, att det förekom märkliga lösningar och oklarheter. I deras kommun hade arbetsterapeuterna förskrivningsrätt medan det i andra kommuner inte var en självklarhet att det var de som förskrev kognitiva hjälpmedel.

”...det är luddigt, det är inga... det är lätt att folk hamnar mellan stolarna...”

Vid flera tillfällen under intervjun diskuterade deltagarna gällande det förskrivningsteam som fanns i kommunen vilket beskrevs som en byråkratisk konstruktion. Stundtals upplevdes situationen med förskrivningsteamet som frustrerande och tidskrävande medan det vid andra tillfällen upplevdes som en tillgång då förskrivaren kände en osäkerhet och behövde kompetent personal att rådfråga.

”...men det är ju hela kedjan som är tidskrävande också...för att sen utöver hembesöket sen så skall vi kontakta och...skall vi ta upp det i förskrivningsteamet...ringa och greja, skriva ihop en sån här anmälan och skrivs hem och ...”

Inför förskrivningsteamet var deltagarna tvungna att motivera sitt val av hjälpmedel och ställde sig frågande till varför hjälpmedel som inte var specialanpassade behövde motiveras överhuvudtaget. En annan typ av motivering som deltagarna ansåg vara obefogat var till exempel vid förskrivning av ett billigare hjälpmedel. Den typen av hjälpmedel kunde nekas beroende på att de inte följde rådande riktlinjer.

”... el-ryggstöd kan förskrivas så lättvindigt men blir sällan bra medan ett annat kan vara skitsvårt att få igenom trots att det är billigare. Slöseri med resurser...”

Deltagarna ansåg att tydliga regler behövdes om vilka riktlinjer som gällde och vilka hjälpmedel som fanns att förskriva.

”...vad är det som man kan ordinera egentligen? ”Förgät- mig-ej” utan att man behöver ta det i förskrivningsteamet eller...”

Deltagarna upplevde att Hjälpmedelscentralens anvisningar inverkar på deras arbetssätt på i vilken utsträckning förskrivarna får information gällande produktsortimentet. En uppfattning var att hjälpmedelskonsulenterna kanske inte varit riktigt förberedda på de förändringar som kognitiva hjälpmedel fört med sig. Gruppen beskrev sortimentet som snävt, gömt och hemligt, att de inte riktigt visste vilket utbud som fanns att tillgå och var svårtillgängligt för dem som förskrivare. Vidare framkom det i intervjun att deltagarna saknade en uppdatering av deras sortimentslista. Flera nya hjälpmedel var inte upptagna, en del stod inte med överhuvudtaget.

”...alltså de borde ju uppdatera lathunden själv...att man verkligen får, den använder man jättemycket. Man ser ja finns de och de att välja på ja då tar jag den liksom...och finns inte det äsch då begränsar man sig till det...”

Handi och bolltacket var två hjälpmedel som uppfattades av många som väldigt dyra.

*”...ni säger att det är dyra saker och jag tänker vad är dyrt? Dyrt är någonting i förhållande till ett dåligt resultat kanske men jag menar i förhållande till ett förväntat resultat är förmodligen kostnaden försvinnande liten... men om man hela tiden säger det är så dyrt då har man ju satt punkt direkt...
då har man satt en gräns redan ja... det är fel...”*

4.3 Yrkeskompetens

Alla deltagarna var överens om att de på olika sätt saknade kunskap inom området med kognitiva hjälpmedel. Ytterligare en uppfattning var att det egna intresset och initiativet hade en viss betydelse för hur mycket kunskap var och en hade.

”... måste i sanningens namn få säga att jag inte har fört det på tal överhuvudtaget eftersom jag är så dum på det. Jag kan inte det men jag vill lära mig det...”

Deltagarna uttryckte att de hade de kunskaper som krävdes om vanliga hjälpmedel som rollatorer och badbrädor. Däremot upplevdes de kognitiva hjälpmedlen som mer avancerade och att det inte fanns någon direkt tradition inom området. Därför brast det ofta i vilka åtgärder som var möjliga att genomföra inom området kognition.

”... men det borde ju sitta i bakhuvudet lika mycket som vilket annat hjälpmedel som helst...man trevar i mörkret och hoppas man gör rätt...”

Andra synpunkter som framkom var att hjälpmedel överhuvudtaget på något sätt förskrivs schablonmässigt.

*”... jaha nu kommer den duschstolen och då så och då kör alla på den liksom eller...
det går mode i det på något sätt...”*

4.3.1 Information och utbildning

Det vanligast var att deltagarna vände de sig till en erfaren kollega för råd då de var osäkra. Arbetskollegor informerade varandra om aktuella inbjudningar till kurser och föreläsningar. Internet var ett annat alternativ för att ytterligare få information om produkter och deras tillämpningsområde. Bland annat nämndes Falck Vitals hemsida där de själv kunde finna information om vad som fanns och bilda sig en uppfattning om vad som kunde vara lämpligt.

Det framgick av deltagarna att behovet och intresset för utbildning var stort. De ansåg generellt att möjligheten till utbildning var begränsad. Beroende på den relativt stora yrkesgruppen hade än så länge enbart några få haft möjlighet att delta då utbildningar och kurser bland annat hade arrangerats i Karlstad och Stockholm.

4.3.2 Specialisering

Inom kommunen har nätverk börjat bildas inom demens och en del av arbetsterapeuternas kollegor hade redan specialiserat sig. I en diskussion gällande behovet av specialinriktad kompetens inom området kognition fanns det planer på att i varje stadsdel införa en LSS-arbetsterapeut. Gruppen förde fram åsikter om att det kanske skulle vara mycket bättre att jobba på det sättet.

*”... man är bra på att se hur det skall funka i hemmet men man är inte så himla bra på det här med on/off när skall jag lägga energin på min dag till att vara aktiv och när skall jag lägga det på vila...
det är ju mer som specialist grej...”*

Specialisering kunde medföra en högre kvalitet i arbetet och därmed även komma till gagn för arbetsterapeuterna och för klienterna i ett längre perspektiv. Även om deltagarna beskrev en känsla av att drunkna i allt arbete som behövde hanteras i kommunen gick trots allt åsikterna isär om det verkligen behövdes en specialiserad kunskap eller inte. En del menade att uppgifterna borde kunna vävas in i distriktsarbetet utan att det skulle krävas någon speciell inriktning.

”...men jag tänker det går så himla in i vårt för vi kommer ju stöta på dem ändå när de ramlat och brutit benet och allt det andra så då var det väl lika bra att man skulle kunna de områdena också...”

4.4 Förskrivningsprocessen

Arbetsterapeuterna fick oftast kontakt med sina klienter via en annan yrkeskategori, remiss från läkare, överrapportering från Orup, vid vårdplaneringar eller så initierades behovet från demens- eller distriktssjuksköterska, hemtjänstpersonal eller från boendestödet.

Vidare ett dilemma som anförtröddes var osäkerhet att ta eget initiativ när något inte stod rätt till hos en klient vilket kunde medföra negativa konsekvenser för klienten.

”... säger samma saker femton gånger så tänker man ja här kanske man skulle prova med en ”Förgät mig ej”,

men man har ingen aning om, det är så svårt att man är inte så kunnig just i det där...”

Då även kunskap saknas hos övrig personal på exempelvis boenden fanns risken att personens behov inte uppmärksammades alls.

”...om då inte heller någon annan yrkeskategori som personal på boende eller hemtjänst initierar behovet händer inget... de tänker inte heller på att aha detta kanske man skulle...”

4.4.1 Behovsbedömning

Det framkom att arbetsterapeuterna vid behovsbedömning inte generellt tillämpade något särskilt bedömningsinstrument. I en del fall fanns en överenskommelse med demenssköterskan, att efter läkarordination genomföra ett Mini Mental Test. Det vanligaste sättet att utföra bedömning var att arbetsterapeuten samtalade med klienten kring hela deras livssituation, om hur det fungerade och såg ut för just den personen. Vid bedömningar var det även vanligt att någon anhörig eller personal som kände personen väl var närvarande vilket upplevdes som en fördel.

”...jag har varit i de bedömningar då var det en anhörig som var med...de pekade lite mer kanske vad som var problematiskt då och som dom upplever som inte fungerar...”

Deltagarna medgav att brist på tid var en stressfaktor vilket inverkar då mer tid behövs för klienter med kognitiv nedsättning vid samtal.

”... det är tidskrävande också att verkligen sätta sig ner och prata och sätta sig in i det riktigt...plus att det inte är så himla lätt och veta hur det skall läggas fram på ett bra sätt och förklara och så där...”

Deltagarna ansåg att det ibland kunde vara lite känsligt att tala om denna typ av funktionsnedsättningar för såväl klienten som deras anhöriga som ofta försökte dölja svårigheterna. Anhöriga kunde uttrycka att det inte var någon idé att försöka göra någonting åt problematiken, vilket medförde att inga åtgärder utfördes.

”...nej, jag har inga problem med minnet, medan det är lättare att prata om men jag har svårt att gå eller jag kan inte gå i trappan...för det är ingen som säger direkt att ja det hade varit bra att ha en sådan där almanacka...oftast att man tackar nej...”

Deltagarna kände en osäkerhet gällande om och när insättning av ett kognitivt hjälpmedel

borde göras. Känslor fanns om att hjälpmedlen inte alltid förskrevs i rätt skede vid till exempel demens.

”...men det är som om det är för mycket problem och man vet inte var man skall...om jag kommer med en liten elektronisk almanacka ja, vad hjälper det när det ändå är kaos så mycket mer liksom, det tycker jag är lite svårt...”

4.4.2 Träna, instruera, informera

När någon har en demens kan det vara svårt med nyinläring som krävs vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel och deltagarna upplevde ofta svårigheter att instruera personen med kognitiv funktionsnedsättning.

”...då får man ju hoppas att de fattar vad man menar...att de ändå är så pass klara...”

Deltagarna berättade att det ibland blev nödvändigt att formulera om namnen på vissa hjälpmedel för att inte skapa oro eller stress hos en del klienter. Exempelvis i samband med insättning av spisvakt som istället fick kallas spisskydd eller spisstängare.

”...det var en patient som var dement så behövde hon en spisvakt men det var inte så lämpligt att säga ordet spisvakt...för en spisvakt är en vakt som står vid spisen och det ville hon inte ha...så man får liksom välja sina ord också att de fattar det på rätt sätt...”

Arbetsterapeuterna upplevde det svårt att själv närvara vid insättning av ett nytt hjälpmedel. Det mest förekommande var att de instruerade, informerade och överlät träningen till närstående eller den personal som befann sig närmast klienten.

”...man kanske måste involvera... det kanske inte finns såna nära anhöriga som kan vara med och lära in det och hemtjänsten är ju en vildvuxen skara som är svår å att ha hjälp av i detta sammanhang och lära in också så att de...”

En annan synpunkt som framfördes var att det generellt var viktigt med ett väl fungerande teamarbete, framförallt betydelsefullt var det inom området kognition. Arbetsterapeuten möter oftast klienten endast några enstaka gånger och är inte den yrkesgrupp som arbetar närmast klienten. Ett dåligt fungerande team med en spretig organisation kan vara anledningen till att resultatet av hjälpmedelsinterventionen fallerar.

4.4.3 Utvärdera

Gruppen upplevde det svårt och tidskrävande med uppföljning av hjälpmedlen. På vilket sätt man följer upp, hur bra man gör det eller hur ofta det görs såg väldigt olika ut. Ofta genomfördes utvärderingar i samband med annat hembesök, genom telefonsamtal eller genom anhörig eller personal som träffar patienten ofta.

”...men det är ju ett dilemma överhuvudtaget hur mycket man följer upp saker och ting...ja, inte bara kognitiva även andra hjälpmedel...det är såklart just inom kognitiva och med den problematiken att man oftast följer upp med någon annan eller genom någon annan...”

Det uttrycktes funderingar beträffande om hjälpmedlet gör nytta eller inte för klienten, och på vilket sätt arbetsterapeuten kunde få bekräftelse om det verkligen fungerade.

”...det är ju inte heller så himla lätt att få bekräftelse från patienten att det faktiskt fungerar ja eller att det inte fungerar beroende på med det här med minnet...det är ju väldigt lätt att få bekräftelse det är jättesvårt och duscha i badkaret liksom, men det är inte alls så lätt att få bekräftelse på...”

Deltagarna lyfte även fram en del lyckade interventioner med kognitiva hjälpmedel. Som exempel nämndes ett fall med en ung kvinna med en ovanlig demensdiagnos vilket medförde en svår nedsättning av minnet och tidsuppfattningen samt svårigheter med sitt tal. Olika elektroniska almanackor sattes in vilket hon faktiskt kunde lära sig att använda.

4.5 Framtidstankar

Gruppen hade en del visioner om framtiden inom området kognition. Deltagarna menade att det var spännande att följa utvecklingen och området upplevdes som fascinerande. De kunde tänka sig att arbeta med den här typen av problematik men poängterade att det i så fall behövdes mer tid och resurser. I dagsläget finns inte möjlighet att lägga ner den tid som krävs inom området.

”...det är alltid så himla mycket viktigare att skuffa hem dem från sjukhuset och frigöra platserna där än och försöka jobba med en person och försöka verkligen hitta en fungerande vardag...”

Idag finns så många möjligheter de inte kunde drömma om för bara några år sedan. Den omfattande utvecklingen kommer måhända att fortsätta inom kognitiva hjälpmedel, med tanke på alla nya dataprogram och elektronik som utvecklats.

Då gruppen fick frågan om de ansåg att behovet av kognitiva hjälpmedel skulle öka gick meningarna isär. En åsikt fanns om att behovet kommer att öka då människans livslängd ökar, samt att nya målgrupper tillkommer då allt fler diagnostiseras inom till exempel autism och demens. Detta betyder att behovet förblir detsamma men problematiken kommer att uppmärksammas mer. En annan orsak är att informationssamhället fört med sig att människor är mer upplysta, känner till sina rättigheter, har en ökad kunskap angående vilka produkter som finns vilket medför att efterfrågan av kognitiva hjälpmedel ökar. En motsatt åsikt var att behovet kan komma att minska till följd av de medicinska framstegen inom forskning.

Ett önskemål framfördes om att en och samma huvudman tog ansvaret för samtliga hjälpmedel och att ansvarsfördelningen och gränserna mellan region och kommun förändras och tydliggörs. Förändringar inom området kognition ansåg deltagarna skulle kunna medföra och ge upphov till att ett större ansvar läggs över på kommunerna i framtiden.

*”... förhoppningsvis så sätter man patienten i centrum verkligen ja så att det ska vara bra för dem och ...att det faktiskt ja e människor det handlar om ja om man utgår ifrån det så kan man hitta säkert någon bra...
den bästa lösningen...”*

5 Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka fem arbetsterapeuters upplevelse av att arbeta med kognitiva hjälpmedel inom kommunal verksamhet. Det kändes relevant att använda sig av fokusgrupp som datainsamlingsmetod eftersom möjlighet då fanns att på ett djupare plan få en förståelse för fleras upplevelser under en och samma intervju, samtidigt som intresse fanns att studera interaktionen mellan deltagarna och möjligheten att fånga många åsikter samtidigt. Observatören hamnade på en olämplig placering, på så sätt att det var svårt att se ansiktsuttryck och kroppsspråk, vilket dock inte upplevts ha inverkat på studiens resultat.

Förutsättningarna för studien medförde att det kändes mer hanterligt med ett intervjutillfälle än med flera enskilda intervjuer, med tanke på avsatt tid. Det mest ideala hade varit att använda sig av två fokusgrupper för att jämföra mellan två kommuner. En annan möjlighet

hade varit att använda samma grupp vid två tillfällen för att uppnå mättnad i ämnet (Wibeck, 2000), vilket dock inte ansågs möjligt att genomföra inom tidsramen för studien.

En fördel kunde vara att kombinera fokusgruppintervjun med en kvantitativ metod, exempelvis enkäter för att komplettera med de enskildas svar (Wibeck, 2000). Eftersom tiden var knapp ansåg författarna att intervjuens öppna frågor förmodligen genererade en större variation och detaljerad information än vad enbart en enkät skulle ha tillfört studien.

Insikten och omedvetenheten över hur lång tid allt tog och oförutsedda händelsers inverkan under arbetets gång var oerfaret. Bland annat visade det sig att andra pågående studier inom kommunen verkade, på så sätt att undersökningspersonerna blandade ihop studierna, och visste inte vilken de anmält sig till, och kanske önskade att delta i den ena eller andra istället.

Urvalsproceduren skulle visa sig vara krångligare än väntat. Det var svårt att rekrytera lämpliga deltagare. Från början var ambitionerna höga, och efter noga övervägande valdes en större kommun då förutsättningarna ansågs bättre att få önskat antal deltagare. Kommunens organisation var inte helt enkel att sätta sig in i. Antal deltagare kändes rimligt, fyra skulle också kunna ha varit lämpligt, men fler än fem hade blivit svårt att få grepp om. En av svagheter med fokusgrupper sägs vara beroende av moderatorns roll och dennes förmåga att hantera situationen. I den här intervjun fall fungerade detta utmärkt. Moderatoren ställde korta, öppna frågor och bollade tillbaks om någon deltagare vände sig direkt till henne istället för varandra.

Gruppsammansättningen blev lyckad då det fanns variation i ålder och erfarenhet inom yrket vilket säkert bidrog till att olika åsikter framkom och en god interaktion uppstod i gruppen. Alla kom till tals och vågade uttrycka motsatta åsikter. Det var intressant att följa hur deltagarna delade erfarenheter, återkopplade till varandra och knöt an till tidigare frågor. En fördel med fokusgrupper är att undersökningen även har betydelse för gruppdeltagarna själva genom att de blir medvetna om problemområden som berör dem. Tankarna sätts igång hos dem och kan resultera i att deltagaren själv vidare söker information och bildar sig en egen uppfattning (Wibeck, 2000).

Förberedelse inför genomförandet av en fokusgrupp är väldigt viktigt med en djupare förståelse för hur metoden fungerar för att få ett bra resultat (Berg, 2001). Av den orsaken

förbereddes lokalen i god tid innan deltagarna anlände, möblering och placering av deltagarna och bandspelarna planerades. Att använda två bandspelare och testa dem innan ingav en trygghet och säkerhet, ifall en inspelning inte skulle fungera. Det var vidare en fördel för att båda författarna kunde lyssna åtskilda efteråt, för att sedan gemensamt gå igenom det transkriberade materialet. Att skriva ut materialet ordagrant var väldigt tidskrävande men efter varje genomgång tillkom nya tankar och upptäckter i materialet. Analysarbetet upplevdes som en intressant process som är absolut nödvändig för att kunna göra en relevant analys och ge ett tillförlitligt resultat (Berg, 2001).

Det var nödvändigt för studien att skapa en egen frågeguide. Arbetet med den började i ett tidigt skede, då det var betydelsefullt hur frågorna var utformade. Det visade sig ta mycket längre tid i anspråk än förväntat. Att genomföra en provintervju var en stor fördel, vilket ledde till att frågorna omformulerades och var betydelsefullt för att rent praktiskt skapa sig en bild över hur det skulle fungera. En annan fördel var att få möjlighet att diskutera med någon som använt metoden tidigare och vår handledare gav många goda råd. Vi skulle inte tveka att använda metoden igen och rekommenderar andra att prova.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur arbetsterapeuter inom kommunen upplevde sitt arbete som förskrivare av kognitiva hjälpmedel. Undersökningen bekräftade att det fanns en oklarhet och problematik inom hjälpmedelsområdet för kognition vilket även framkommit i de rapporter och vetenskapliga artiklar författarna tagit del av (Blomquist, 2005; Blomquist & Månsson, 2005; Jahlenius; 2005; Scherer, 2005). Resultatet visade att ett av de största hindren arbetsterapeuterna upplevde, var de otydligheter gällande samverkan och ansvarsfördelning mellan region och kommun som förekom. Författarnas tankar är att rådande förutsättningar inverkar negativt på deltagarnas kompetens och ansvar vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Arbetsterapeuternas höga arbetsbelastning upplevdes ge en försämrad kvalitetssäkring för att kunna tillgodose klienter med kognitiva funktionshinder den hjälp de behövde. Blomquist (2005) menar att förutsättningarna för klienterna att få tillgång till väl fungerande hjälpmedel påverkas förutom av policy och regelverk även av hur verksamheten bedrivs, förskrivarnas kompetens och klienternas delaktighet och inflytande. Därför anser författarna det viktigt att kommuner och landsting samordnar sina åtgärder för personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

I resultatet av studien framgick det att deltagarna ansåg att behovet av kognitiva hjälpmedel inom kommunal verksamhet förmodligen kommer att öka i framtiden. Författarna anser att det kan vara en befogad uppfattning då det framkom att klienter med kognitiva nedsättningar var en stor och tilltagande grupp inom kommunen. En annan anledning kan vara att förskrivning av hjälpmedel numera utgår från ett mer behovsinriktat synsätt och medför att nya målgrupper uppmärksammas, vilket även framkommit i andra studier (Blomquist, 2005; Jahlenius; 2005). En annan orsak kan vara att personer med autism och Downs Syndrom överlever till högre ålder idag och därmed blir beroende av hjälpmedel på ett annat sätt än tidigare. Författarna anser att denna utveckling kan för arbetsterapeuternas del, leda till ett utökat arbetsområde och en ökad efterfrågan av yrkesgruppens insatser i form av hjälpmedelsförskrivning, handledning av personal på LSS-boenden.

Det blev klart för författarna att de största problemen vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel var kunskapsrelaterat, vilket deltagarna var väl medvetna om. Något som bland annat framkom i resultatet var att deltagarna i fokusgruppen kände en viss osäkerhet om i vilket skede ett kognitivt hjälpmedel skulle sättas in, vilken nytta och effekt hjälpmedlet kunde erbjuda. Detta påvisar behovet av att ytterligare studier genomförs där olika hjälpmedel utvärderas för att ge vetenskapligt grundad information om hjälpmedels nytta och effekt. Vidare framkom i studien att deltagarna ansåg att uppföljning upplevdes som svårt och tidskrävande för arbetsterapeuterna, vilket är mycket olyckligt eftersom det är en så viktig del i förskrivningsprocessen. För att ett hjälpmedel skall fungera optimalt krävs regelbunden utvärdering (Cook & Hussey, 2002) och det är extra viktigt vid de funktionsnedsättningar där tillståndet ständigt förändras, som till exempel vid demens.

Författarna förstod det som att inom arbetsterapi finns inga direkta riktlinjer för hur processen med kognitiva hjälpmedel ska gå till, vilket säkert bidrar till arbetsterapeuternas osäkerhet. I litteraturen beskrivs olika modeller som kan ge förskrivaren vägledning för att matcha hjälpmedel och individ på bästa sätt, vilka även understryker komplexiteten inom det kognitiva området (Arthanat et al., 2004; Cook & Hussey, 2002; Ripat & Booth, 2005; Scherer, 2005). Ofta ifrågasätts om en person med kognitiva nedsättningar har förmågan att vara delaktig i beslut i sin behandling, och eftersom den kognitiva förmågan påverkar det funktionella resultatet i rehabilitering är det av största vikt att bedömning av den kognitiva förmågan utförs i ett tidigt skede (Sumison, 1999; Arthanat et al., 2004). Scherer (2005)

anser att denna typ av modeller är en förutsättning för att uppnå det optimala resultatet vid interventioner med hjälpmedel för personer med kognitiva funktionshinder.

Deltagarna i fokusgruppen betonade vikten av ett välfungerande team kring klienten för att behandlingsinsatserna ska kunna bli effektiva. Arthanat et al. (2004) menar att The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) är användbar inom rehabiliteringsyrken eftersom den klargör aktivitetsutförandet och skapar ett gemensamt språk för vårdpersonal, politiker och allmänhet då de diskuterar hälsotillstånd. I en studie av Stamm, Cieza, Machold, Smolen & Stucki (2006) bevisas starka samband mellan terminologin i ICF och arbetsterapeutiska modeller, bland annat CMOP. Genom att tillämpa ICF finns möjlighet för arbetsterapeuter att föra fram sin egen teoretiska bas ytterligare och underlätta samarbetet med andra yrkeskategorier.

Enligt Svenska Kommunförbundet (1999) kommer kommunernas personal att behöva en högre kompetens i framtiden, och enligt författarnas mening är det därför av största vikt att arbetsterapeuter får möjlighet till vidareutbildning inom området för att bevara yrkets trovärdighet. Detta framförallt med tanke på att framtidens klienter kommer att vara mer kunniga och krävande än dagens och de kommer att ställa allt högre krav på hur behoven ska tillgodoses. Lilja & Borell (2001) menar att arbetsterapeuter och annan rehabiliteringspersonal står inför en stor utmaning då det gäller att möta framtidens krav från klienterna i kommunen, och betonar vikten av att utveckla verksamheten. Alsop (2001) menar att det krävs ett livslångt lärande för att kompetensen inom yrket ska kunna upprätthållas och i *"Modell för kompetensutveckling"* (2005b) från FSA, framförs att kompetensen ständigt måste anpassas till förändringar i verksamheten och organisationen och därmed i arbetsuppgifterna. I den undersökta kommunen pågick just nu omorganisationer i verksamheten som kom att påverka arbetsterapeuternas framtida arbetsuppgifter och de krav som ställs på deras kompetens. Att utbilda en del av personalen med specialistkunskap inom olika områden skulle kunna vara ett sätt att uppnå bättre kvalitet på arbetet inom kognition.

6 Slutsats

Genomförandet av studien har varit en betydelsefull upplevelse för författarna då den medverkat till en fördjupad kunskap kring kognition, kognitiva funktionshinder och arbetsterapi.

Aktuell forskning uppvisar att kognitiva hjälpmedel kan öka möjligheterna för personer med kognitiv nedsättning att leva ett bra, aktivt liv och delta på lika villkor i samhället (Scherer, 2005; Unsworth & Townsend, 1997). Nya hjälpmedel som till exempel dataprogram för att träna koncentration, minne och uppmärksamhet har bevisats ha god effekt (Klingberg, Fernell, Olesen, Johnson, Dahlström, Gillberg, Forssberg, Westerberg, 2005). Fler studier krävs inom området framförallt i anknytning till arbetsterapeutens betydelse utifrån ett aktivitetsperspektiv gällande förskrivning av hjälpmedel som stödjer kognitiva förmågor. Studien indikerade att kognitiva hjälpmedel kan vara en viktig del i en arbetsterapeutisk intervention, som ett komplement till andra stödinsatser. Ytterligare forskning inom arbetsterapi krävs dock för att understödja det antagandet. Vetenskapliga bevis medför att arbetsterapeuten lättare kan motivera förskrivning, så att klientgruppen ges möjlighet att ta del av de hjälpmedel och den teknik som kan förenkla deras liv. Vidare anser författarna att Hjälpmedelsinstitutets olika projekt i samarbete med bland annat Certec, Kognitek och HumanTeknik har en viktig uppgift i utvecklingen inom området kognition (Hjälpmedelsinstitutet, 2007).

I framtiden kommer ytterligare kompetens att krävas hos olika yrkeskategorier, gällande innebörden av funktionshindret, kunskap om effekten av rehabilitering och kognitiva hjälpmedel. Det är av den orsaken ytterst viktigt att arbetsterapeuterna får möjlighet till vidareutbildning för att kunna följa med i utvecklingen och föra yrket framåt.

Arbetsterapeuter bör få möjlighet till djupare kunskap redan i grundutbildningen om hjälpmedel i allmänhet, men även om kognitiva hjälpmedel då det är ett aktuellt område.

Det kan emellertid inte tillräckligt understrykas vikten av att alla inom Hälso- och sjukvård samverkar utifrån en helhetssyn för att stödja personer med kognitiva funktionshinder. Arbetsterapeuten har en betydelsefull roll och mycket att tillföra inom kommunen för den här gruppen. Men för att det ska vara möjligt att utföra ett professionellt arbete krävs mer

ekonomiska resurser och investering inom dels vår profession som i samhället för övrigt.

Författarna anser att studien har betydelse för fortsatt forskning inom arbetsterapi då synpunkter om problemområden som framkom i fokusgruppen skulle kunna utgöra ett underlag för en större undersökning med enkäter. Undersökningen kan byggas vidare för ett bredare perspektiv i anknytning till vilka förändringar som behöver genomföras i kommunen för att förbättra situationen för såväl sin personal som klienter i framtiden.

7 Referenslista

Alsop, A. (2001). Competence unfurled: Developing portfolio practice. *Occupational Therapy International*, 8, (2), 126-131.

Arthanat, S., Nochajski, S. M. & Stone, J. (2004). The international classification of functioning, disability and health and its application to cognitive disorders. *Disability and Rehabilitation*, 26, (4), 235-245.

Aquilonius, S-M., & Fagius, J. (Red.). (2006). *Neurologi* (4:e rev. uppl.). Stockholm: Liber.

Baum, C. M., Bass-Haugen, J. & Christiansen, C. H. (2005). Person-environment-occupation performance: A model for planning interventions for individuals and organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds), *Occupational Therapy: Performance, participation and well-being* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

Berg, B. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*. Needham Heights: Allyn & Bacon A Pearson Education Company.

Blomquist, U-B. (2005). *Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel under de senaste tre åren*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Blomquist, U-B. & Månsson, I. (2005). *Förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Lägesrapport våren 2004*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Blomquist, U-B. & Nicolaou, I. (2000). *Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Buning, M. E., Hammel, J., Angelo, J, Schmeler, M. & Doster, S. (2004). Assistive Technology within Occupational Therapy Practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 678-680.

Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). (2002). *Enabling occupation: an*

occupational therapy perspective. Ottawa, ON: CAOT publications.

Cook, A.M., & Hussey, M. (2002). *Assistive Technologies-Principles and Practices*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

DePoy, E. & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Ehrenfors, R. & Gudjonsdottir, R. (2005). *Design för alla- brukar*. Vällingby: Hjälpmedelinstitutet.

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

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (2005a). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Globalt Företagstryck AB.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (2005b). *Modell för kompetensutveckling – individuell utvecklingsplan avseenden patient/kundrelaterad verksamhet*. Nacka: FSA

Grieve, J. (2000). *Neuropsychology for Occupational Therapists: Assessment of Perception And Cognition*, (2nd ed). Oxford: Blackwell Science Ltd.

Hammel, J.M., & Smith, R.O. (1993). The development of technology competencies and training guidelines for occupational therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*. 47(11), 970-979.

Ingvar, D. H. (2000). *Hjärnans futurum*. Stockholm: Atlantis.

Iwarsson, S., & Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design – positioning and definition of concepts describing person-environment relationship. *Disability and Rehabilitation*, 25, (2), 57-66.

Jahlenius, L. (2005). *Samordnad försörjning av produkter till människor med kognitiva funktionsnedsättningar. Kartläggning av problem och behov av samverkan*. Vällingby:

Hjälpmiddelsinstitutet.

Jönsson, B. (Red) (2005). *Människonära design*. Lund: Studentlitteratur.

Klingberg, T., Fernell, F., Olesen, M., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., Gillberg, C., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD – A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, (2):177-186.

Lewis, C. (2006). Simplicity in cognitive assistive technology: a framework and agenda for research. *Univer Access Inf So*. 5, 351-361.

Lilja, M. & Borell, L. (2001). Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, (1), 51-59.

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

Nyberg, L. (2002). *Kognitiv neurovetenskap. Studier av sambandet mellan hjärnaktivitet och mentala processer*. Lund: Studentlitteratur.

Polgar, J. M. (2006). Assistive technology as an enabler: What's old is new again. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, (4). 199 – 204.

Regeringens Proposition 1999/2000:79. Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Stockholm: Socialdepartementet.

Ripat, J. & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholders perspectives and preferences. *Disability and Rehabilitation*, 27, (24): 1416-1470.

Schatzman, L. & Strauss, A.L. (1973). *Field Research – Strategies for Natural Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Scherer, M. J. (2005). Assessing the benefits of using assistive technologies and other

supports for thinking, remembering and learning. *Disability and Rehabilitation*, 27, (13): 731-739.

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*.

Socialstyrelsen (2001). *Kompetensbeskrivning för arbetsterapeuter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stamm, T.A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J.S. & Stucki, G. (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal* 53, 9-17.

Sumison, T. (Ed.) (1999). *Client-Centred Practice in Occupational Therapy*. (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Svenska Kommunförbundet (1999). *Personal och kompetens i förändring*. Sundbyberg: AlfaPrint AB.

Unsworth, C.A., & Townsend, M.C. (1997). Occupational therapists' skills and attitudes regarding use of computers and assistive technology. *Occupational Therapy International*, 4, (1) 52-65.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Internetreferenser:

Hjälpmiddelsinstitutet (2007). Hämtad 12 april 2007 på http://www.hi.se/templates/Page____2825.aspx

Kommunförbundet Skåne (2005). *Policy och allmänna riktlinjer för hjälpmedelsverksamheten i Skånes kommuner och Region Skåne*. Hämtad den 16 april 2007 på <http://www.kfsk.se/hjalpmedel/hjalpmedelspolicy2005.pdf>

Socialdepartementet (2004). *Betänkande av LSS- och Hjälpmedelsutredningen*. (SOU 2004:83). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 12 april 2007 på <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/28243>

Introduktion till fokusgruppen

- Syftet med vår studie är att undersöka hur arbetsterapeuter i kommunen upplever sitt arbete gällande kognitiva hjälpmedel. Personer med kognitiva funktionshinder är en relativt ny målgrupp inom hjälpmedelsverksamheten liksom kognitiva hjälpmedel är en ny produktgrupp. Därför anser vi detta vara ett intressant område att utforska.
- Det kommer att gå till så att jag ställer en fråga som ni får prata fritt om. Det viktigaste är att ni diskuterar och pratar med varandra och inte med mig. Jag kommer att verka som en aktiv lyssnare.
- Vi vill höra allas åsikter även om de skiljer sig från varandra. Det finns inga riktiga eller felaktiga svar utan allas synpunkter är välkomna.
- Min kollega kommer under intervjun att fungera som observatör och hennes uppgift är föra anteckningar under tystnad.

Grundregler

- Att vi är respektfulla och öppna mot varandra.
- Att alla blir engagerade och får komma till tals.
- Att det som sägs mellan oss är konfidentiellt, informationen stannar oss emellan när vi lämnar lokalen här idag.

Har ni förstått syftet med vår studie samt er roll under intervjun?

Nu kommer vi att sätta igång våra bandspelare och börja intervjun.

Frågeguide

1) Hur skulle ni definiera kognitiva hjälpmedel och vad betyder begreppet kognition för er?

2) Vilka kognitiva hjälpmedel förskrivs inom er kommun?

3) Vilka klienter kommer ni vanligtvis i kontakt med?

4) Skulle ni kunna berätta om hur ni går tillväga vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel? Datainsamling, bedömning, utprovning, träning, information, uppföljning

5) Hur upplever ni att samarbetet med regionen fungerar? Ansvarsfördelning, regelverk

6) Vilken typ av kunskap anser ni är mest betydelsefull för er att ha i ert arbete inom området kognition?

Funktionshinder/diagnos, bemötande, produkter

Anser ni er kunskap vara tillräcklig?

7) På vilket sätt får ni kunskap om kognitiva hjälpmedel?

Finns möjlighet till utbildning?

Vad anser ni om att man specialiserar sig inom olika områden?

8) Vad anser ni är de största fördelarna med kognitiva hjälpmedel?

9) Vad anser ni är de största problemen i arbetet med kognitiva hjälpmedel?

10) Hur ser ni på framtiden inom området?

Kommer behovet att förändras, på vilket sätt i så fall?

Vad skulle ni vilja förändra?

11) Finns det något övrigt ni vill tillägga, något ni tycker är viktigt att tillföra inom ämnet som vi missat?

