



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hand(i) hand

Hur tillgänglighet till hjälpmedel kan tillgodose individuella behov
av delaktighet och självständighet.

– En kvalitativ studie om IT-baserade hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar.

Socionomprogrammet vårterminen 2010

C-uppsats

Författare: Petra Wåhlstedt & Cecilia Noblía

Handledare: Jörgen Lundälv

Abstrakt

Titel: Hur tillgänglighet till hjälpmedel kan tillgodose individuella behov av delaktighet och självständighet. En kvalitativ studie om IT-baserade hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar.

Författare: Cecilia Noblíá & Petra Wåhlstedt

Nyckelord: IT-baserade hjälpmedel, självständighet, delaktighet, tillgänglighet, psykiska funktionshinder, kognitiva funktionsnedsättningar, empowerment

Denna uppsats handlar om hur IT-baserade hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan vara en resurs och ett medel för att uppnå större självständighet och delaktighet. Uppsatsen behandlar vilka hinder eller möjligheter det kan finnas för ett IT-baserat hjälpmedel att nå ut till individen. Syftet med studien har varit att ta reda på hur utbredd kunskapen och kännedomen är dels om kognitiva funktionsnedsättningar (som beror på psykosproblematik), dels om IT-baserade hjälpmedel för målgruppen bland tre yrkeskategorier. De yrkeskategorier vi valt för vår studie är: enhetschefer, förskrivare och kostnadsansvariga. Vår studie redogör även för hur olika styrmedel i den socialpolitiska och ekonomiska kontexten påverkar diskursen om hjälpmedel.

För insamling av det empiriska materialet valde vi en kvalitativ intervju metod. Vi har intervjuat fyra enhetschefer, en kostnadsansvarig och en arbetsterapeut. Vår teoretiska referensram växte fram ur den tidigare forskningen och från de intervjuer som genomfördes. Tre återkommande centrala teman utkristalliserade sig: självständighet, delaktighet och tillgänglighet. Empowermentteorin är central i vår studie, den syftar dels på individens potential att själv skapa möjlighet att nå hjälpmedlet, dels på hur hjälpmedlet, som redskap, kan hjälpa individen att ta tillvara på de egna inneboende resurserna samt öka den egna kontrollen över sin livssituation.

Vi utgår ifrån en kritisk reflektion om det sociala arbetets oförmåga att integrera empowerment som metod fullt ut i praktiken. En av våra slutsatser är att empowerment kan minska asymmetrin i mötet mellan klient och hjälpare. I studien har två paradoxer identifierats: en kunskapsparadox och en kostnadsparadox. Det är i relation till dessa som vi lämnar förslag på vidare forskning, bland annat att de samhällsvinster som kan uppstå om tillgängligheten till nya hjälpmedel ökar ska undersökas djupare.

Abstract

Title: Hand (i) hand. How accessibility to assistive devices can meet individual needs for participation and independence. A qualitative study of IT-based aids for cognitive disabilities.

Author: Cecilia Noblía & Petra Wåhlstedt

Keywords: IT-based aids or assistive devices, independence, participation, availability or accessibility, psychological disabilities, cognitive disabilities, empowerment

This essay deals with how IT-based aids for people with cognitive disabilities can be a resource and a means to achieve greater independence and participation. The essay deals with the obstacles or opportunities that may exist for an IT-based aid to reach out to individuals. The purpose of this study has been to find out how widespread the knowledge and awareness is, partly for cognitive impairments (due to psychotic problems) and also for IT-based aids for the target group among three professional groups. The professionals we have chosen for our study are: unit managers, prescribers and cost managers. Our study also discusses how different instruments in the social and economic context affect the discourse on aid.

For the collection of the empirical material, we chose a qualitative interview method. We have interviewed four unit managers, an expense (economy) manager and an occupational therapist. Our theoretical framework was developed from previous research and the interviews conducted. Three recurrent central concepts emerged: autonomy, participation and accessibility. Empowerment theory is central in our study, it refers partly to the individual's potential to create their own opportunity to reach the means of assistance, and partly to how means of assistance, as a tool, can help the individual to take advantage of their inherent resources and increase their control over their life situation.

We assume a critical reflection of the social work's inability to completely integrate empowerment as a method in practice. One of our conclusions is that empowerment may reduce the asymmetry of power between the client and helper. The study has identified two paradoxes: a paradox of knowledge and a cost paradox. It is in relation to these that we suggest further research, including deeper investigation into the societal benefits that may arise due to increase in the availability of new facilities.

Förord

Vi har under studiens tillkomst haft kontakt med många inspirerande och positiva människor, från både när och fjärran. Detta har underlättat vårt skrivande och varit en energikälla att ösa ur när krafterna tidvis sinat. Det är några personer som vi särskilt vill tacka för ett gott samarbete:

Först och främst Jörgen Lundälv, som varit vår handledare under processen och gett oss snabba återkopplingar och respons, och som varit precis så rak och drivande som vi önskade! Vi har särskilt uppskattat din höga grad av tillgänglighet och ditt stöd när vi stundtals upplevde vilsenhet och inte hittade de rätta spåren som skulle leda oss till målet.

Birgitta Magnusson på AIR för inspiration och bakgrundsfakta om Handiprojektet.

Våra informanter, ni har alla varit generösa och delat med er av både tid, kunskap och högst intressanta samtal som väckt många givande reflektioner inom oss.

Professor Katherine D. Seelman från Pittsburgh, USA (School of Health and Rehabilitation Sciences at the University of Pittsburgh) för snabb respons och samarbete när vi med ljus och lykta sökte den artikel hon skrev 1993 som vi så gärna ville läsa...

... och Centralbiblioteket vid Göteborgs Universitet för att ni hjälpte oss hitta den till slut!

Vi vill också tacka Gareth Jones som hjälpte oss med översättningen av vår abstrakt till engelska.

Sist men inte minst de som står oss nära och är oss kära, för det tålamod och förståelse ni haft med både sena nätter och många uppslukade helgtimmar.

Cecilia Noblía & Petra Wählstedt

Göteborg 2010-04-22

Innehållsförteckning

Förkortningar

DEL ETT

1 – INLEDNING	1
2 – PROBLEM	2
Huvudsyfte	2
Frågeställningar	3
Relevans och avgränsningar	3
Något om begrepp...	4
... och centrala teman	5
3 – BAKGRUND	6
Användningsområden för Handi	9
4 – TIDIGARE OCH PÅGÅENDE FORSKNING	10
Tekniska eller IT-baserade hjälpmedel?	10
Det individuella behovet i centrum	11
Hjälpmedel kan bygga broar	13
5 – TEORETISK REFERENSRAM	15
Definition för förståelse och gensvar	15
Kommunikationsförutsättningar	16
Vi har alla en inneboende förmåga	17
Socialpolitisk och ekonomisk kontext	18
6 – METOD	19
Uppsökande av befintlig forskning	19
Val av den teoretiska referensramen	19
Intervjuerna	20
Urval	20

Tillvägagångssätt	21
Metodproblem	22
Analysmetod	22
Etiska frågor	22
Vår förförståelse	23
Validitet och reliabilitet	24
Uppsatsens fortsatta disposition	24

DEL TVÅ

7 – RESULTAT 25

Kunskap om målgruppen och hjälpmedel	25
Betydelsen av styrmedel	29
Kostnaden, är den avgörande?	30

8 – ANALYS 33

Empowerment	33
Tillgänglighet	34
Självständighet	36
Paradoxer	37
Analysöversikt	38
Konklusioner	39

9 – DISKUSSION 40

Förslag till vidare forskning	42
-------------------------------	----

Källförteckning

Bilagor:

Bilaga 1 – Informationsbrev

Bilaga 2 – Samtyckesbrev

Bilaga 3 – Frågeguide för enhetschef

Bilaga 4 – Frågeguide för kostnadsansvarig/förskrivare

Förkortningar

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Neuropsykiatriskt funktionshinder med bland annat bristande uppmärksamhet och hyperaktivitet
AIR	Arbetsinriktad Rehabilitering
GPS	Global Positioning System. Satellitnavigering
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
IT	Informationsteknik och Informationsteknologi
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
PDA	Personal Digital Assistant. Personlig digital hjälpredda dit handdatorer räknas
SoL	Socialtjänstlagen (SoL 2001:453)
SOU	Statens Offentliga Utredningar

1 – INLEDNING

Teknikutvecklingen har kommit ikapp hjälpmedelsområdet med IT-baserade hjälpmedel. Dessa kan på ett mer individuellt anpassat sätt underlätta livet och vardagen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosproblematik. Förvisso har en rad hjälpmedel alltid funnits att tillgå, men dessa har varit av enklare slag som almanacka eller whiteboard för att till exempel underlätta med struktur eller tidsuppfattning. I en skrivelse från Socialstyrelsen (2005) uppdragades behovet av en intensifiering av teknikutvecklingen inom området psykiskt funktionshinder. Utvecklingen troddes ha stor betydelse för de handikappolitiska målen som var satta att uppnås 2010, både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det finns numera moderna IT-baserade hjälpmedel, som handdatorer, med en programvara som kan anpassas efter behov och komplexitet för att stödja personer med kognitiva funktionsnedsättningar i sin vardag. Utvecklingen av och forskningen om IT-baserade hjälpmedel är överlag idag mycket bredare och dess användning har uppmärksammats i massmedia. Trots det är det ännu inte självklart att personer med kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosjukdom, har tillgång till anpassade hjälpmedel på samma sätt som personer med andra funktionsnedsättningar. Det är till exempel givet idag att en person med hörselskada eller hörselnedsättning får tillgång till hörapparat, eller att en person med rörelsenedsättning får tillgång till rullstol. För den som lider av en psykosjukdom och därför har en kognitiv funktionsnedsättning är förskrivningen till anpassade hjälpmedel inte lika antaget.

När psykiatrireformen inträdde 1995 efter psykiatriutredningen (SOU 1992:73) var förutsättningen att personer som inte längre var i behov av sluten psykiatrisk vård, skulle slussas in i samhället. Det handlar om att få *vara* i samhället istället för att separeras från det. Att höja deras livskvalitet var en annan viktig förutsättning, genom att uppnå delaktighet och självständighet som alla andra. Det handlar om att också få *leva* i samhället istället för att vistas passivt i det. Till detta behöver målgruppen hjälp, men de funktionella nedsättningar som en psykosjukdom kan ge upphov till är för det mesta osynliga, eller åtminstone grumliga, och som människor har vi ofta svårt att förstå det som är osynligt. Det kan vara problematiskt att relatera till något som *sitter på insidan*, till skillnad från något påtagligt, som går att se. Om yrkeskunniga saknar tillräckligt med kunskap om de kognitiva funktionsnedsättningar en psykosjukdom kan skapa, kan vi få svårt att bistå med rätt åtgärd. Förutsättningen att känna delaktighet och leva ett aktivt liv i samhället riskerar att gå förlorat.

2 – PROBLEM

Att leva med psykosjukdom skapar svåra omständigheter för individen, vanliga problem som följer är vanföreställning, depression och ångest. Utöver det upplever individen i olika grad isolering, initiativlöshet, begränsning i sociala situationer, svårigheter att arbeta eller hitta meningsfull sysselsättning. De kognitiva funktionsnedsättningar som följer av sjukdomen kan göra det svårt för personen att hålla ordning på dagliga rutiner kring kost, hygien, dygnsrytm, medicinintag, osv. Med IT-baserade hjälpmedel som en handdator kan många problem som rör dagliga rutiner avhjälpas eftersom programvaran kan anpassas individuellt: påminnelse-signal för medicinintag, vägbeskrivning (GPS), krisplan vid tidiga psykostecken, etc.

Utvecklingen av IT-baserade produkter har gjort att det nu finns en mängd hjälpmedel som är avancerade men samtidigt användarvänliga och förhållandevis prisvärda. Det finns som vi ser det, inga egentliga hinder idag annat än kanske ekonomiska eller kunskapsmässiga, till att målgruppen inte skulle kunna stödjas i sin vardag med hjälp av dessa hjälpmedel. När vi fick idén till vår uppsats hade vi till en början tänkt ta reda på hur ett IT-baserat hjälpmedel kan öka användarens förmåga till självständighet och delaktighet i samhällslivet. När vi sedan sökte i den tidigare och pågående forskningen fann vi luckor om hjälpmedel till personer med kognitiva funktionsnedsättningar som specifikt beror på psykosjukdom. Vi kom också att fundera på hur klienten gör för att få information om och tillgång till passande hjälpmedel. Därför bestämde vi oss för att undersöka hur utbredd kunskapen och kännedomen är bland yrkesprofessionella om kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosproblematik, och om IT-baserade hjälpmedel.

Huvudsyfte

Huvudsyftet med vår uppsats är att undersöka hur utbredd kännedomen och kunskapen om kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosproblematik är för: enhetschefer, förskrivare och kostnadsansvariga i ett urval av Göteborgs stadsdelsförvaltningar.

Vi vill också undersöka vilken kännedom och erfarenhet samma yrkesgrupper har om IT-baserade hjälpmedel som handdatorer.

Frågeställningar

Studien består av tre preciserande frågeställningar:

1. Vilken kunskap har berörda enhetschefer, förskrivare och kostnadsansvariga i ett urval av Göteborgs stadsdelsförvaltningar om de olika typer av kognitiva problem som personer med psykosjukdom möter i vardagen?
2. Vilken kännedom har dessa berörda yrkeskategorier om IT-baserade hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar?
3. Vilka faktorer hindrar respektive möjliggör för ett IT-baserat hjälpmedel som en handdator att nå den avsedda målgruppen?

Relevans och avgränsningar

Vi tror att uppsatsen har stor relevans för många yrkesprofessionella i socialt arbete. Genom att öka kunskapsnivån och informationen om kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosjukdom väcks också behovet av både metoder och hjälpmedel för målgruppen. Att känna till hjälpmedelsutbudet för denna grupp bör vara lika viktigt som att känna till hjälpmedel för fysisk funktionsnedsättning. Inom socialtjänsten arbetar många professionella med personer som till följd av psykosjukdom i stor utsträckning kommer att ha nedsatta funktioner både kognitivt och socialt. I dag arbetar många socionomer som biståndshandläggare med både utredning och bedömning av personer med funktionsnedsättningar. Även inom särskilda boenden för målgruppen är det vanligare att socionomer anställs, då kraven på högre utbildning blivit större. Där behöver det finnas en kunskapskompetens om *vilka* insatser som ska göras och *hur* de ska genomföras. Kunskap och kännedom om funktionsnedsättningens följder är därför en viktig bas för att bistå individen.

Vi riktar oss inte i vår uppsats till att undersöka begreppet psykos eller de olika typer av kognitiva funktionsnedsättningar som en psykosjukdom kan leda till. Vårt arbete handlar istället om hur utbredd kunskapen om målgruppen är. Studien handlar också om kännedomen om anpassade hjälpmedel som Handi, som är ett IT-baserat hjälpmedel och ingår i de sortiment som är förskrivningsbara i Västra Götalandsregionen. När uppslaget till vår uppsats var i sin linda, och vi sökte erfarenhet och kunskap i vår geografiska närhet fann vi att AIR

(Arbetsinriktad Rehabilitering) på Sahlgrenska Universitetssjukhusets Psykossektion, i ett projekt vänt sig till personer med kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykossjukdom. Vi valde att rikta oss till de verksamheter som AIR i Handiprojektet haft kontakt med.

Vi hoppas att vår uppsats kan bidra till den diskussion som nu förs aktivt i samhället om målgruppen och de hjälpmedel som tar form i teknikutvecklingens framfart. Vi vill dock påpeka att IT-baserade hjälpmedel inte passar alla personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Vi försöker inte på något vis framhärda att dessa fungerar som universella lösningar.

Något om begrepp...

Rätt tidigt under uppsatsprocessen märkte vi att *funktionshinder* och *funktionsnedsättningar* var centrala begrepp i litteraturen, men att begreppen inte alltid särskiljdes. Enligt Socialstyrelsens termbank tyder *funktionshinder* på en begränsning som utgörs av omgivningen, och syftar på den tillgänglighet som brister i den omgivande miljön för att klara av ett självständigt och ett delaktigt liv i samhället (www.socialstyrelsen.se, 2010-03-15). Begreppet *funktionsnedsättning* används som en definition av just en nedsättning av en psykisk, fysisk eller intellektuell förmåga. Funktionsnedsättningen kan uppstå genom sjukdom eller vara medfödd, det kan vidare vara bestående eller övergående (ibid.). *Psykiskt funktionshinder* är ett samlingsbegrepp som samlar olika avgörande faktorer som inskränkningar i delaktighet, begränsning i aktivitet, avvikelser i funktionsstrukturer, osv. (Socialstyrelsen, 2003; SOU 2006:100). Då konsekvenserna av den psykiska ohälsan är svåra att förutse genom diagnoser, skulle samlingsbegreppet fungera som ett komplement. De sociala konsekvenser och behovet av samhällsinsatser som följer på psykossjukdom kunde börja betonas (SOU 2006:100). I hänvisning till andra författare använder vi det begrepp som de själva valt, i de delar där vår text är självständig använder vi genomgående begreppet *funktionsnedsättning*.

Psykossjukdom och *kognitiva funktionsnedsättningar* är andra begrepp som ofta förekommer i vår text. Psykos är enligt Nationalencyklopedin (1996) ett tillstånd där en person har en bristande verklighetskontakt och vanligen saknar sjukdomsinsikt. Ofta lider personen av vanföreställningar och ibland också hallucinationer. Schizofreni är en sjukdom som ibland utvecklas efter en psykos. Nationalencyklopedin beskriver kognition som ”tankefunktioner”

som vi använder för att bearbeta och förmedla informationen som vi får till oss eller delger andra (ibid.). Att klara av vardagsstrukturen, rutiner som vi inte ens tänker på som att handla, städa, äta, komma ihåg ett möte, osv., kan för en person med kognitiva funktionsnedsättningar upplevas som oöverstigliga hinder.

I litteraturen fann vi ingen klar särskiljning över vad som avses med tekniska hjälpmedel. Där benämns dessa enbart som *tekniska hjälpmedel*. Vi menar att flera hjälpmedel i sig kan vara tekniska eftersom de utför moment som inte människan själv kan göra. En lyft eller en rullstol är båda tekniska hjälpmedel, liksom almanackor och väckarklockor, men dessa är inte utrustade med programvara som kan kombineras eller uppdateras efter multipla specifika behov. Cromvall et al. (2007) använder termen IT-baserade hjälpmedel, och avser produkter som följer den tekniska utvecklingen i samhället. I USA benämns hjälpmedel som handdatorer som PDA – personal digital assistant (personlig digital hjälpreda) och tekniska hjälpmedel ingår i termen assistive technology (Sullivan & Gorman, 2006; Cook & Polgar, 2008). Det är intressant att termen som används är assisterande teknologi; men å andra sidan särskiljer man på orden teknologi och teknik på svenska och andra europeiska språk. Teknologi är läran om teknik men syftar också på den kunskap som finns i samhället om teknik. Teknik är däremot benämningen på hur vi använder den kunskapen för att till exempel underlätta vår vardag (Nationalencyklopedin, 1996). På engelska begreppsliiggörs ordet technology något annorlunda, det syftar både på läran om och användandet av teknik (Seelman, 1993). I hänvisning till litteraturen använder vi de begrepp som författarna valt, där vår text är självständig kommer vi att använda begreppet *IT-baserade hjälpmedel* när vi avser hjälpmedel som handdatorer, för att särskilja det mot den mer övergripande termen tekniska hjälpmedel.

... och centrala teman

Tre centrala teman har identifierats för uppsatsen: delaktighet, självständighet och tillgänglighet. Enligt Nationalencyklopedin (1996) definieras delaktighet som ”aktiv medverkan, ha medinflytande”. Självständighet definieras som ”att ha förmåga att handla och tänka utan att rätta sig efter andra, som själv bestämmer över sina angelägenheter” (ibid.). Tillgänglighet definieras i Svenska Akademiens Ordlista som: ”att ha tillgång till, förfoga över” (2006).

3 – BAKGRUND

Mellan åren 2002 och 2005 fick Arbetsinriktad Rehabilitering (AIR) på Sahlgrenska Universitetssjukhusets Psykossektion, anslag från Hjälpmedelsinstitutet för att utveckla hjälpmedel riktade till personer ur målgruppen psykiskt funktionshinder. Framför allt var de intresserade av att hjälpa individer med psykosproblematik. Handiprojektet grundades och tog kontakt med teknikföretaget Handitek, som sedan tidigare hade utformat en handdator för personer med utvecklingsstörning. De såg nu möjligheten att anpassa handdatorns programvara individuellt, för att hjälpa personer med kognitiva funktionsnedsättningar som beror på psykosproblematik. De olika funktionerna i handdatorn skulle kompensera för de svårigheter de möter i vardagen, med allt från daglig planering till hantering av symtom (www.sahlgrenska.se, 2010-02-21). Handiprojektet i samarbete med ett urval av Göteborgs stadsdelsförvaltningar sökte boendestödjare intresserade att testa Handi tillsammans med brukare. Handi används idag av klienter på till exempel boenden för psykiskt funktionshinder. En boendestödjare berättare för oss att en tanke med Handi var att få färre inläggningar och minska medicinering genom att med dess hjälp åtgärda tidiga psykostecken (2010-02-19). Det har gjorts försök att integrera handdatorn inom andra målgrupper än för personer med psykosproblematik. Ändå är det fortfarande svårt att få Handi förskrivna som hjälpmedel.

Birgitta Magnusson, en av huvudaktörerna i Handiprojektet, berättade för oss att det är svårt att övertyga om hjälpmedlets breda användningsmöjligheter samt den slagkraft den fått bland befintliga användare. Detta trots de positiva resultat som deras undersökningar om Handi gett. Hon tror att det mest beror på en okunskap om de hinder målgruppen möter och om komplexiteten i deras olika behov. Samtidigt betonar Birgitta Magnusson att detta inte är något hon kan verifiera, eftersom hon själv inte har kunskap om hur förskrivningsprocessen av hjälpmedel till andra grupper av funktionshinder fungerar (2010-02-25). Blomquist (2006) fann i sin kartläggning att det i vissa fall var verksamhetscheferna som beslutade vilka som får förskriva. Detta kan innebära, skriver Blomquist, att färre yrkeskunniga får förskriva hjälpmedel men att det i sin tur kan generera bättre kvalitet för processen. Samtidigt påverkas tillgängligheten till olika hjälpmedel av hur de olika verksamheterna bedrivs: det är en lednings- och styrningsfråga, det handlar om förskrivarnas kompetensgrad och om den delaktighet och det inflytande som brukarna själva har (Blomquist 2006).

Enligt Socialstyrelsen behandlas 52 000 personer för psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar i slutenvården varje år. I jämförelse behandlas årligen 13 000 personer i

slutenvård för diabetes (www.socialstyrelsen.se, 2010-03-15). Statistiskt sett utvecklar 15-20 personer per 100 000 invånare, en psykosjukdom varje år. I den befolkningens mängd i Västra Götaland på 1 534 860 invånare (Statistiska Centralbyrån, 2006) betyder det uppskattningsvis att drygt 250 personer per år utvecklar psykosymtom (Västra Götalands Regionen, 2009). En av de vanligaste psykosjukdomarna är schizofreni, enligt statistiken insjuknar 0,8 % av Sveriges befolkning (70 000 personer) i schizofreni under sin livstid (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsens bedömning är att ca 30 000 - 40 000 av dessa personer behöver hjälp med insatser. Vid större insatser som heldygnsvård, finns slutenvården att tillgå. Kostnaden för första dygnet är 9 311 kronor, de påföljande dygna kostar 5 554 kronor enligt Lennart Lundin, sektionschef på Sahlgrenska Universitetssjukhusets Psykossektion (2010-03-31).

I portalparagrafen till Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) beskrivs målsättningen för samhällets socialtjänst genom att den, solidariskt och demokratiskt, ska ”främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor [och] *aktiva deltagande i samhällslivet.*” (1 kap. 1 §, vår kursivering). Det handlar i hög grad om att både ta vara på och motivera till att utveckla individens inneboende resurser. Efter psykiatrireformen 1995 förtydligades vissa delar av SoL. Förtydligandet, som avser rätten att kunna *leva* i samhället som alla andra, innebär i princip att personer med psykiska funktionshinder skulle jämföras med personer med fysiska funktionshinder i fråga om rättigheter (Lundin & Ohlsson, 2002). Utöver SoL finns det stöd i Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), som kan möjliggöra för målgruppen att leva i samhället. I LSS som är en rättighetslag omfattas personer med psykiska funktionshinder. I dess inledande bestämmelser redogörs för de kriterier som ger rätt till insats: varaktigt funktionshinder, stora och betydande svårigheter och omfattande behov. Här anges även att insatserna ska vara lätt tillgängliga och stärka förmågan att leva ett självständigt liv, dessa ska vara anpassade efter individuella behov (Lag 2005:125). Både landstinget och kommunen ska kunna erbjuda hjälpmedel till funktionshindrade (HSL, 3 b:2 §; 18 b §). Utöver detta *ska*, sedan en lagändring i SoL som trädde i kraft 2010-01-01, kommunen ingå överenskommelse med landstinget om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. LSS-kommittén påtalar att det saknas regler i LSS för hur huvudmännen ska ge stöd. Detta antas leda till sämre insatser och en tendens att överlåta stödet enbart på LSS-insatser, som inte alltid kan täcka behoven för målgruppen. Där behöver Socialtjänstlagen bli starkare menar kommittén (SOU 2008:77).

Blomquist (2006) fann i sin kartläggning av hur regelverk används för förskrivning, att hjälpmedelsförskrivning påverkas av målgruppsförändringar och av vilka produkter som definieras som förskrivningsbara. Personer med kognitiva funktionsnedsättningar har trätt fram som en ny målgrupp varför även kognitiva hjälpmedel riktade till dem börjat utökas i sortimentet (Blomquist, 2006). Regeringen har nyligen uppdragit åt Hjälpmedelsinstitutet att fortsätta öka kunskapen om, men även utvecklingen av hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar (Regeringsbeslut 1:8, 2009). Det är främst informationsvägarna om hjälpmedlen som ska förbättras. Även om kunskapen om och utvecklingen av tekniska hjälpmedel för målgruppen ökat, är det fortfarande bara ett begränsat antal personer som fått tillgång till den typen av hjälpmedel (SOU 2006:100). En mätning från 2009, som Hjälpmedelsinstitutet tog fram i samarbete med företaget Novus opinion, visar att den knappa tillgången delvis beror på kunskapsbrist: 13 % av cheferna inom socialförvaltningen saknar tillräcklig kunskap om hjälpmedel till personer med psykiska funktionsnedsättningar (www.hi.se, 2010-03-31). IT-baserade hjälpmedel har visat sig vara effektiva för personer som behöver hjälp att till exempel strukturera sin vardag, men dess potential utnyttjats inte fullt ut (Regeringsbeslut 1:8, 2009).

I massmedia har ämnet kring kognitiva hjälpmedel börjat uppmärksammas alltmer och IT-baserade hjälpmedel som handdatorn Handi är ett av hjälpmedlen som nämns. Personer berättar i olika intervjuer om hur livskvaliteten har ökat markant i samband med tillgång till hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar. Det handlar främst om stöd i vardagslivet, för att det helt enkelt ska fungera och vara någorlunda förutsägbart och tryggt (Thomas Lerner, 2009; www.nordicwelfare.org, 2010-03-23). I tidskriften FORUM uppmärksammas de utvärderingsresultaten som Handiprojektet gjort, vilka visar att de personer som haft tillgång till Handi har kunnat öka sin självständighet (Beijer, 2009). Det är egentligen ganska ”enkla” rutiner som hjälpmedel kan kompensera för. Men studier i USA visar att personer blir mer självständiga, får mer initiativkraft och känner större trygghet när de använt hjälpmedel som handdatorer (Thomas Lerner, 2009). Även det ökade kunskapsbehovet om målgruppen uppmärksammas i massmedia (www.helagotland.se, 2010-03-23).

Tillgänglighetens år 2010 är också ett återkommande inslag i massmedia. Det syftar till att göra samhället tillgängligt för medborgare med funktionsnedsättning genom att eliminera hindren i omgivningen. Skribenten menar dock att det måste gälla både synliga och osynliga funktionshinder för att projektet ska få slagkraft (Axell, 2010).

Användningsområden för Handi

Handi är en liten handdator, till utseendet förväxlande lik en modern mobiltelefon med pekskärm och penna. Skillnaden finns i programvaran till Handi, som kan anpassas efter *individens behov*. Den är specialgjord för personer med kognitiva funktionsnedsättningar och har utformats i samarbete med personal från psykiatrin (www.hi.se, 2010-03-10). Företaget Handitek som tillverkar Handi menar att den stora skillnaden också är att handdatorn har mindre information och färre valmöjligheter än den vanligare handdatorn som finns i butikerna, detta för att minska kraven på kognitionsförmågan hos användaren. Det går att programmera in påminnelser i vardagen för medicinintag, duschning, matintag, etc. Det går också bra att mata in till exempel en vägbeskrivning (GPS) till affären om användaren känner sig osäker och genom detta möjliggöra för att själv kunna handla livsmedel. Den kan dessutom programmeras med en krisplan: om användaren känner ”tidiga varningstecken” vid psykos, kan denne med en enkel knapptryckning få fram ett foto och telefonnummer på den person som behöver kontaktas. Det finns också de som föredrar att ha särskild musik eller bilder som lugnar, eller andra personligt valda åtgärder eftersom programvaran kan anpassas individuellt. En annan viktig funktion är möjligheten att föra diagram över till exempel sömn- och stressbesvär, så att användaren kan, tillsammans med till exempel läkare, få en tydlig översikt över tillfällena och försöka hitta orsakerna till dessa (www.handitek.se, 2010-03-10). Kostnaden för en Handi är ungefär 15 000 kronor.

Handi har sedan starten år 2000, utvecklats ständigt. En så kallad ”fjärde generation” är under testning och antas vara leveransklar under sommaren 2010 med nya funktioner. En vidareutveckling av programvaran är baserad på förslag som till exempel användare och förskrivare lämnat in under de senaste fyra åren. Bland annat ska den nya Handi kunna användas även av personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD (www.handitek.se, 2010-04-03).

4 – TIDIGARE OCH PÅGÅENDE FORSKNING

Betydelsen av hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar blir allt viktigare. Dels uppmärksammas målgruppen allt mer, dels åläggs de olika vårdgivarna allt större ansvar för målgruppens integrering i samhället. Under detta avsnitt sammanfattar vi vad funnit i tidigare och pågående forskning om hjälpmedel till personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

Genomgående fann vi att frågan om hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar kretsar starkt kring teman som delaktighet, självständighet, individuella behov, empowerment och om betydelsen att kunna leva ett normalt liv (Seelman, 1993; Reed et al., 1995; Lundin & Ohlsson, 2002; SOU 2004:83; Jahlenius, 2005; SOU 2006:100; Cromvall et al., 2007; Cook & Polgar, 2008). Ytterligare en gemensam nämnare är att kunskapsökningen om personer med kognitiva funktionsnedsättningar har väckt förståelsen för och diskussionen om behovet av hjälpmedel riktade och anpassade till målgruppen (SOU 2006:100; Cromvall et al., 2007). Däremot vänder sig inte frågan om hjälpmedel genomgående till kognitiva funktionsnedsättningar *som beror på psykosjukdomar*, utan huvudsakligen utifrån samlingsbegreppet psykiskt funktionshinder. Vi fann även luckor i forskningen avseende en klarare särskiljning av vad som avses med tekniska hjälpmedel, och frågan om hjälpmedel tycker vi behandlas uniformt. Det finns ingen lagbunden precisering av hjälpmedel. Definitionen överlag om vad som räknas som hjälpmedel är oklar skriver Jahlenius (2005), vilket gör det svårt att kunna sortera in nya produkter. I Statens Offentliga Utredningar poängterades behovet av att skapa sortimentslistor över hjälpmedel *även* för personer med psykiska funktionsnedsättningar, och att den kunskapen skulle delges de olika huvudmännen – kommun och landsting (SOU 2006:100). Det är huvudmännens ansvar att fastställa vilka produkter som ska förskrivas som hjälpmedel; i lagtexten är det endast bestämmelserna för själva hjälpmedelsinsatsen som definieras, inte vad som bör eller kan räknas som hjälpmedel (Cromvall et al. 2007). I Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel, som gäller i hela Västra Götaland, finns det samlade regelverket över de riktlinjer och produktanvisningar som den yrkeskunniga kan följa för hjälpmedelsförskrivning (www.vgregion.se, 2010-04-19).

Tekniska eller IT-baserade hjälpmedel?

I viss forskning (SOU 2004:83; Cromvall et al., 2007) åsyftas tekniska hjälpmedel som IT-baserade hjälpmedel, där IT-tekniken antas ge större förutsättningar för nyare produkter att

växa fram och därmed ytterligare öka, eller stärka, självständighetsnivån hos personer med funktionsnedsättningar. Interventioner som görs med hjälp av IT-baserade hjälpmedel för kognitiva problem kommer att fortsätta öka menar en del forskare (LoPresti et al., 2004; Cromvall et al., 2007) då tekniken både underlättar och breddar användningsfälten. Aktörer inom IT-branschen har till exempel redan visat intresse men har inte fått tydliga signaler på behov och efterfrågan, skriver Cromvall et al. (2007). Därför behövs ett starkare samarbete mellan de forskningsinstitutioner som är kopplade till IT-branschen och vård- och omsorgsinstitutionerna (ibid.). Dock ska inte IT-baserade hjälpmedel på något sätt tolkas som moderna ersättare av personlig hjälp och stöd, utan som goda komplement poängterar Cromvall et al. (2007). I den pågående forskningen åsyftas till exempel tekniska hjälpmedel som en *kompenserande åtgärd* för att få struktur på vardagssysslorna för personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (Socialstyrelsen, 2010). I Nordamerika har man testat så kallade touch-screen kiosks, där individen kan videochatta i realtid med hjälparen när det uppstår problem med till exempel matlagning på kvällen (Sullivan & Gorman, 2006). IT-baserade hjälpmedel, kan därför, som Cromvall et al. menar, flytta fokus från mer vardagliga göromål till en annan typ av aktivitet hos individen och hjälparen kan istället bistå i mer socialt inriktade göromål (2007).

Det individuella behovet i centrum

Reed et al. (1995) skriver ur ett konsumtionsperspektiv, om användandet av tekniska hjälpmedel som ett sätt att öka delaktigheten bland personer med funktionsnedsättningar. Om den variation av hjälpmedel som finns på marknaden erbjuds som ”konsumtionsvaror” skulle individen få möjlighet att *själv* välja efter behov (ibid.). Detta skulle, enligt författarna, öka klientens möjligheter att ha kontroll och makt över sitt eget liv och därmed leva mera självständigt. Professionella tenderar, anser de, att behandla funktionshindrade som homogena. Individerna får *tilldelat* ett hjälpmedel som antas passa, mycket beroende på att forskning om hjälpmedel inte centrerar sina frågor till individuella behov (Reed et al., 1995). Jahlenius (2005) lyfter också fram individuella behov, liksom drivkraften att klara sig själv. Perspektivet på hjälpmedel bör vara humanitärt och utgå från viljan att hjälpa människor öka sin självkänsla och stärka sitt självbestämmande (ibid.). En undersökning från Hjälpmedelsinstitutet visar just att det är individens behov och inte diagnosen som ligger till grund för om ett kognitivt hjälpmedel kan förskrivas eller ej (Dahlberg, 2008).

Personer med kognitiva funktionsnedsättningar omges av en stor komplexitet när det gäller att få sina behov tillgodosedda. Kognitiva problem beror ofta på andra typer av funktionsnedsättningar och det kräver att olika yrkesgrupper kan samverka och samordna sin kompetens utifrån en helhetssyn (Lundin & Ohlsson, 2002; Jahlenius, 2005). Jahlenius (2005) menar att målgruppen tills nu varit kraftigt eftersatt och har kartlagt olika hinder till varför hjälpmedel inte ”når ut” till densamma: samverkan och samordning mellan stödsystemen (vården, socialtjänsten, etc.) fungerar inte fullt ut, men också på grund av kunskapsluckor om målgruppens behov. De olika stödsystem som arbetar med och runt personer med funktionsnedsättningar behöver, enligt Jahlenius, bli bättre på att ta tillvara varandras kompetenser och grunda synsättet på individernas egna behov (2005). Författaren anser vidare att målgruppen har varit lågprioriterad länge inom socialtjänsten, vilket får stöd i ett pågående tillsynsprojekt från Socialstyrelsen som är satt att vara färdigt i november 2010. Hittills har man där kunnat uppvisa brister i stödinsatserna till personer med funktionsnedsättningar inom socialtjänsten: bristfällig närvaro av cheferna i verksamheterna, dålig kvalitet kring utredningar och dokumentation på grund av ökande LSS-ärenden, och otillräckliga utredningsverktyg för handläggarna (www.socialstyrelsen.se, 2010-03-26). I Nationell psykiatrisamordningens slutbetänkande påtalas behovet av att förändra attityden och arbetsmetoderna kring personer med psykisk ohälsa. Utredningen framhåller betydelsen av en helhetssyn, men också av ett brett kunskapsfält och kvalificerad kompetens bland de relevanta yrkesgrupperna, då stödet kring människors psykiska ohälsa bör ha samma höga nivå som när det gäller människors fysiska ohälsa (SOU 2006:100).

Ett annat hinder är förskrivningsprocessen, hjälpmedelspolicyn är bundet till sortimentslistor som redan är fastställda och det gör att individuella behov inte alltid får plats i dessa (Jahlenius, 2005). Blomquist (2006) skriver att ”sjukvårdshuvudmännen konkretiserar lagens intentioner angående hjälpmedel på olika sätt” genom policy eller regelverk (s 5). Tillgången påverkas av vilka hjälpmedel som är definierade som förskrivningsbara i varje region eller landsting, beroende på huvudmännens tolkning, men även av målgruppsförändringar (Blomquist, 2006; Dahlberg, 2008). Konflikter i kostnadsansvar är ingen faktor, för där visar Dahlbergs undersökning att gränsen mellan huvudmännen i de olika regionerna/landsting är tydlig (2008). Seelman (1993) ställer sig frågor om tillgången till hjälpmedel och över hur dessa omfördelas. Hon menar att ett funktionshinder i mångt och mycket blir vad regelverket bestämmer, i bemärkelsen att definitionerna över olika typer av funktionshinder eller nedsättningar bestäms av lagändringar om hjälp och stöd. Samtidigt påverkar ofullständiga definitioner i sin tur just regelverk eller policy för tekniska hjälpmedel

(ibid.). Det ska dock påpekas att det skett en ökning av förfrågningar till förskrivare om hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar, men ännu visar en undersökning att förskrivningskompetensen är bristfällig inom psykiatrin, främst för att det saknas förskrivare i verksamheten (Dahlberg, 2008). Om det beaktas att förskrivning av hjälpmedel inom psykiatrin är en rätt ny företeelse, är det, som Dahlberg (2008) poängterar, kanske inte så konstigt.

Hjälpmedel kan bygga broar

Cook & Polgar (2008) och Seelman (1993) skriver om personer med funktionshinder och tekniska hjälpmedel ur ett kontextsammanhang, där det har skett en förskjutning från att hindren tidigare ansågs ligga hos individen till att idag ligga i sociala, politiska och miljömässiga kontexter. Nyttjandet av hjälpmedel påverkas, enligt Cook & Polgar (2008) främst av sociala kontexter, och syftar på de personer som interagerar med individer som använder hjälpmedel. Den sociala påverkan är en viktig markör för vad som anses normalt och för vad som förväntas av oss. Det handlar därför om omgivningens acceptans, förståelse och kunskap om hjälpmedel (ibid.). Det är viktigt att tänka på, anser författarna, att det är målet med hjälpmedlet som är centralt, att använda hjälpmedel handlar inte om att få göra saker enklare utan annorlunda (Cook & Polgar, 2008). På liknande sätt argumenterar Seelman (1993), som menar att syftet med hjälpmedel är att kompensera för en eller flera nedsättningar eller hinder och därmed kunna hantera vardagliga rutiner, på så sätt kan ett hjälpmedel bygga broar mellan individens förmågor och omgivningens krav. Seelman (1993) menar också att det finns vissa *rättviseaspekter* att ta hänsyn till när det gäller tekniska hjälpmedel, där det är av betydelse att fundera på om hjälpmedlen, liksom den omgivande miljön, anpassas till alla typer av funktionshinder eller bara till ett fåtal. Några av de rättviseaspekter som hon fokuserar på är bundna till historia och samhälle. Precis som i Sverige är historien i USA full av exempel där personer med psykisk ohälsa institutionaliserades i vad som ansågs som ett försök att ”skydda dem från samhället” (Seelman, 1993, s 120, vår översättning), och även om reformer i USA (liksom i Sverige) har förbättrat både synen och levnadsvillkoren för dem, styrs fortfarande, enligt författaren, beslut om insatser utifrån vad de professionella *anser är bäst* för individen. Det stigma, som i viss mån än lever kvar, liksom den professionella dominansen fortsätter att påverka hur resurserna för personer med funktionshinder avsätts (Seelman, 1993). Hennes slutsats blir att historiska och sociala kontexter för tekniska hjälpmedel karaktäriseras av en attityddominans i samhället som också konstruerar

skiljelinjen mellan det som anses normalt och abnormalt. Det som sedan rättfärdigar användandet av ett tekniskt hjälpmedel regleras, om än omedvetet, av dessa konstruktioner och de professionella tenderar att se behovet av ett tekniskt hjälpmedel därefter (ibid.).

Den forskning vi tittat på under detta kapitel tyder sammanfattningsvis på att det finns innovativa idéer och samarbetsvilja mellan samhällets olika aktörer; både vad gäller målgruppens fortsatta integrering i samhället och olika hjälpmedel för att stötta i vardagen. Vi har funnit att centrala begrepp som självständighet, individuella behov och delaktighet används för att definiera och förtydliga målgruppens behov av stöd. Arbetet för personer med kognitiva funktionsnedsättningar har inte avstannat, tvärtom. Dock tyder även forskningen på att det är mycket kvar att arbeta med. Kunskapen om målgruppen, dess förmågor och dess behov behöver intensifieras ytterligare, liksom behovet att förändra rådande attityder och höja stödet för den psykiska ohälsan till samma nivå som för den fysiska ohälsan.

5 – TEORETISK REFERENS RAM

För uppsatsen har vi valt en teoretisk referensram bestående av den uppdaterade klassifikationen av begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning, en beskrivning av betydelsen empowerment i socialt arbete och en förklaring av i vilken kontext frågan om hjälpmedel befinner sig. Det är viktigt att alla yrkesgrupper som samverkar i arbetet med personer som har psykiska funktionshinder och kognitiva funktionsnedsättningar har tillgång till väldefinierade begreppsmodeller. Tydliga definitioner om vad som avses med begreppen borde underlätta för förståelsen av problemen och behoven så att rätt form av insatser, som anpassade hjälpmedel, kan ges. Att vi valde att lita oss på empowermentteorin beror på att det inom socialt arbete utövas ett stödjande förhållningssätt; empowerment, skriver Askheim & Starrin (2007), manar som begrepp till en människosyn som förstår att varje människa har den bästa kunskapen och vet sitt eget bästa, en människosyn som i grunden ser människan som ett agerande subjekt som under goda förutsättningar har en inneboende förmåga att kontrollera sitt eget liv.

Definition för förståelse och gensvar

En ny klassifikation, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health eller Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, 2003), har gjorts i syfte att standardisera språkbruket och strukturen kring funktionshinder och *funktionstillstånd* genom att redan i rubriken ta fasta på salutogena komponenter som funktion och hälsa. Med processer och modeller som verktyg för tolkning, ska de olika stödsystemen lättare kunna förstå även faktorerna kring funktionshinder och funktionsnedsättning, när insatser för målgruppen ska sättas in (Socialstyrelsen, 2003). I ICF benämns funktionsnedsättning som funktionstillstånd, vi använder genomgående funktionsnedsättning för att inte förvirra läsaren.

Omgivningsfaktorer liksom olika tolkningsmodeller har fått en stor plats i den nya klassifikationen. Det sker hela tiden ett dynamiskt samspel mellan omgivningsfaktorer, som påverkar oss som lever och verkar i samhället, dessa kan vara sociala, fysiska och attitydmässiga (Socialstyrelsen, 2003). För att tolka dem kan olika tolkningsmodeller användas, som den *sociala modellen*, som hittar förklaringar till samspel och hinder i sociala konstruktioner: för att integrera individen i samhället bör man se på de attityder och ideologier som råder däri, och arbeta med förändringen där så att individen med funktionshinder eller funktionsnedsättning ska kunna känna delaktighet på lika villkor.

Problemen för personer med psykiska funktionshinder eller funktionsnedsättning är i mångt och mycket osynliga (Lundin & Ohlsson, 2002; SOU 2006:100), ändå ger dessa problem påtagliga konsekvenser. Dessa skapas antingen av nedsättningen eller av reaktionerna i omgivningen, vilka än idag kan vara moraliserande, stereotypa och negativa (SOU 2006:100). Klarare definitioner och metoder för tolkning, som de som återfinns i ICF, är nödvändiga för att kunskapen om målgruppen, liksom för de problem de möter, ska öka men också för att kunna identifiera så många samband och orsaker till funktionsnedsättningarna som möjligt. Därmed skulle individer med psykiskt funktionshinder och påföljande funktionsnedsättning kunna undgå att behandlas på ett homogent sätt (SOU 2006:100).

Kommunikationsförutsättningar

Betydelsen av vad som sägs befinner sig i det meddelande som informationskällan bestämmer att sända ut till sina mottagare, i form av koder eller signaler (Fiske, 1990). Författaren skriver att "en förbättring av kodningen" innebär också "en förbättring av den semantiska noggrannheten." (1990, s 18). Det betyder att det sätt på vilken vi vill sända ut information är aldrig fri från problem. Kommunikationsproblem kan vara tekniska, semantiska (semantik – läran om uttryckens betydelse) och effektivitetsmässiga. Tekniskt har det att göra med hur kommunikationen kan överföras så exakt som möjligt, semantiskt med hur noggrant den avsedda informationen uttrycker den önskvärda betydelsen av det som sägs, slutligen avgör effektiviteten hur den önskvärda betydelsen påverkar mottagaren. Vidare kan kommunikation störas av brus, som är allt från bakgrundsljud till kulturella tolkningsnyanser som kan störa uppfattningen av den mottagna informationen (Fiske, 1990). Semantiskt syftar brus på hur betydelsen av informationen förändras; det som källan avser att sända ut kan när det anlärt till sin destination, ha förvrängts eller misstolkats (ibid.). Det är därför viktigt att sändaren anpassar den avsedda informationen till mottagarens behov och förmåga till gensvar, så att mottagaren inte bara förstår meddelandet, utan även kan känna delaktighet i det som sägs (Fiske, 1990).

Lundin & Ohlsson (2002) skriver att kommunen alltid haft ansvar för personer med psykiskt funktionshinder, trots att det på senare år har antytts att de skulle vara en alldeles ny målgrupp. Redan efter psykiatrireformen 1995 tillkom begreppet psykiskt funktionshinder, men det har inte alltid kunnat tolkas tillfredsställande, och det kan ha bidragit i mångt och mycket till att kunskapen om de hinder som målgruppen möter är bristfällig på många håll och för olika professionella grupper (Lundin & Ohlsson, 2002; SOU 2006:100). Blomquist (2006) skrev i sin kartläggning att nya målgruppsförändringar brukar påverka tillgången till hjälpmedel; det är i den tydligare definitionen av kognitiva funktionsnedsättningar som

behovet av anpassade hjälpmedel först börjat uppmärksammas. Bakgrunden till begreppet psykiskt funktionshinder var, som vi nämnt tidigare i uppsatsen, ett försök att samla de faktorer som omger personer med psykisk ohälsa. Men samlingsbegreppet har inte varit tydligt nog i sin definition; yrkeskunniga inom kommun och landsting har stött på svårigheter gällande en otydlig avgränsning av insatser för personer med psykiskt funktionshinder (SOU 2006:100). Som vi hänvisade tidigare tenderar samlingsbegreppet psykiskt funktionshinder att centrera betydelsen kring de negativa aspekterna av hindren (Grimby et al., 2005), en bredare definition av målgruppen, som tar hänsyn till samband och omgivningsfaktorer kan istället resultera i insatser som verkställs utifrån de behov som målgruppen har och lösa problemen den möter (SOU 2006:100). En förbättring av den semantiska noggrannheten kan innebära att kunskapen om psykiskt funktionshinder och funktionsnedsättning ökar i betydelse och når mottagarna i stödsystemen på ett effektivare sätt.

Vi har alla en inneboende förmåga

Empowerment blev som begrepp en ingång för oss till frågan om hjälpmedlets tillgänglighet för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. I både lagtexten och i den befintliga forskningen finns otaliga beskrivningar om självständighet, delaktighet och inneboende förmågor som uttrycker vad empowerment som begrepp sammanfattar. Empowerment uttrycker att personer eller grupper som är i en maktlös position skaffar sig kraft för att komma ur sin situation och därmed få styrka att ta sig ur maktlösheten (Askheim & Starrin, 2007). Innehållet i begreppet *power* väcker positiva känslor hos oss, menar författarna; ord som makt och kraft har inslag av både inflytande och självkänsla, men det handlar också om andra egenskaper med positiv innebörd som kompetens, socialt stöd och egenkontroll. Empowerment som process syftar till att medvetandegöra individen om sin position i samhället och sambandet mellan individens situation, samhällstrukturen och hur det genom handling går att förändra och skapa ett rikare liv (ibid.). Payne (2002) beskriver det centrala syftet med empowerment som ett sätt för individerna att bli hjälpta att få makt över de beslut och handlingar som uppstår i deras liv. Detta centrala syfte uppnås genom att minska de hinder som föreligger och motar den personliga maktutvecklingen. Stärkandet av självförtroende och de egna resurserna att använda makten kommer istället att transportera makt från omgivningen till individen (ibid.).

I socialarbetarens möte med klienten finns det en oundviklig maktasymmetri; det hänger samman med att socialarbetaren befinner sig i en expertposition och brukaren i en behovssituation som ofta föranleder en beroendeställning av socialarbetarens expertis

(Askheim & Starrin, 2007). Det måste föras en dialog i mötet mellan socialarbetaren och brukaren, båda är experter på sitt sätt: brukaren på sitt liv och den situation den befinner sig i, socialarbetaren på arbetsmetoder och modeller för till exempel förändring (Moula, 2009). Det finns kritiska röster för hur socialtjänsten hanterat klienternas rätt till respekt och för att klienterna i alltför liten utsträckning får använda sina egna resurser. Det sociala arbetet brister i processen att införa empowerment i full skala, och utan samarbetsformer som tar tillvara individens egna resurser i större utsträckning, kan inte empowerment utövas tillfredsställande (Rønning 2007; Askheim & Starrin, 2007; Løken, 2007). Tengqvist (2007) föreslår att ett sätt kan vara, att som socialarbetare, inte objektifiera klienten utan se styrkorna och resurserna hos individen och, för att låna författarens ord, ”avlära” den inlärd hjälplösheten om det behövs. Ett förändrat förhållningssätt, där synen på brukaren som en aktör som tar tillvara på de egna inneboende resurserna, krävs för att asymmetrin ska minska (Tengqvist, 2007).

Socialpolitisk och ekonomisk kontext

Det finns ingen lagbunden definition över vad som räknas som hjälpmedel. Det är huvudmännen som reglerar riktlinjerna för dessa. Samtidigt är det lagtexten som stödjer rätten till hjälpmedel och fungerar på så sätt som ett verktyg för yrkeskunniga. Vi finner att frågan om IT-baserade hjälpmedel befinner sig i en socialpolitisk och ekonomisk kontext. Socialpolitiskt då den påverkar hur socialt arbete bedrivs och ”tvingar” fram reflektiva utvärderingar. Om individer med funktionsnedsättningar ska delta i samhället på lika villkor som övriga medborgare och stöttas att leva ett så självständigt liv som möjligt, borde det vara ett naturligt steg i den socialpolitiska målsättningen att de också får samma förutsättningar som resten av befolkningen. Att målgruppen har fått större uppmärksamhet inom huvudmännen, att desamma uppmanas att via lagen samverka och att regeringen efterlyser informationsspridning och utveckling av hjälpmedel riktade till målgruppen, är alla exempel på socialpolitiska intentioner. Samtidigt styr huvudmännens tolkning av vad som kan räknas som hjälpmedel den tillgänglighet som är aktuell för dessa. Det är i allra högsta grad en ekonomisk fråga, eller åtminstone en inställningsfråga till kostnad som inte alltid uppvägs mot den bredare samhällsekonomiska vinsten. En dator kan till exempel räknas som hjälpmedel i en kommun men inte i en annan, varpå individen som på grund av sin funktionella nedsättning är i behov av en måste inhandla den själv.

6 – METOD

Här presenteras den strategi vi valt för att samla in, tolka och analysera vårt material. Dels för att förklara uppsatsprocessen, dels för att ge våra läsare så mycket transparens som möjligt och inte lämna dem med obesvarade funderingar.

Uppsökande av befintlig forskning

Vi tänker i efterhand att vårt syfte har varit som ett nav varifrån ett antal ekrar har fungerat sammanhållande för den helhet vi ämnade undersöka. Med sökord som *tillgänglighet*, *självständighet*, *tekniska hjälpmedel*, *kognitiva funktionsnedsättningar* och *delaktighet*, blev sökspannet många gånger ofantligt. ”En sökprocess” skriver Löf (2005) ”innebär alltid att man omprövar, omformulerar och backar för att kunna gå framåt.” (s 348). Genom en databasworkshop som Göteborgs Universitet erbjöd lärde vi oss finna alternativa sökord både på svenska och på engelska. Sökspannet snävades in och vi kunde ”omformulera och backa”. Socialstyrelsens och Hjälpmedelsinstitutets webbsidor hade ett bra utbud av tidigare och pågående publikationer som ledde oss vidare i sökandet. Så gott som alla publikationer gick att låna i tryckt version, däremot hade vi problem med att finna internationella artiklar i befintliga tidsskrifter och fick därför skriva ut elektroniska versioner. Vi tog kontakt med professor Katherine D. Seelman i USA angående en artikel från 1993 då endast abstrakten var tillgänglig. Dessvärre hade inte Seelman någon elektronisk version av artikeln, men tipsade oss om mer tidsaktuell forskning. Det visade sig dock efter många eftersökningar att artikel fanns att låna på Centralbiblioteket vid Göteborgs Universitet.

Val av den teoretiska referensramen

När det gäller val av teoretisk referensram användes ett induktivt tillvägagångssätt, där ämnet studeras så förutsättningslöst som möjligt och olika begrepp och teorier tillåts växa ur det empiriska datainsamlandet (Larsson, 2005). I förstadiet av uppsatsen visste vi lite om handdatorer som hjälpmedel. Att avvakta tills vi hade mer kunskap om ämnet och tills några intervjuer genomförts blev en nödvändighet. Materialet stöds på en teoretisk referensram då inga fullständiga teorier blev aktuella för studien. Vi har tagit stöd i den uppdaterade *klassifikationen av funktionshinder och funktionsnedsättning* (ICF), då den genom en tydlig definition av begreppen skapar en förutsättning för förståelse och gensvar. Det är viktigt att yrkeskunniga har god kännedom och förståelse för de problem målgruppen möter liksom de

individuella behov som ska tillgodoses. När språk, kultur och definitioner inte stämmer överens mellan yrkesgrupper försvåras samverkan (SOU 2006:100); det gäller att känna igen sig i terminologin. Tydligare definition av psykiska och kognitiva funktionsnedsättningar har dessutom ökat betydelsen av anpassade hjälpmedel (Blomquist, 2006). Vidare har vi använt oss av begreppet *empowerment*. I vid mening kan empowerment användas inom socialt arbete för att hjälpa individer att frigöra de egna resurserna och få kontroll och makt över de beslut och handlingar som rör deras liv. Valet av empowerment beror på att lagtexten är fylld av formuleringar som avser ta vara på individens inneboende resurser och möjlighet att leva i samhället. Den forskning som presenteras i studien använder genomgående centrala begrepp som självständighet och ökad delaktighet, och vi menar att dessa *är* uttryck för empowerment.

Intervjuerna

För insamling av det empiriska materialet har en kvalitativ intervjumetod valts. Innan utformning av intervjuguiderna inhämtade vi kunskap i tidigare forskning, rapporter och information om lägestillståndet på hjälpmedelsmarknaden. Detta för att kunna tillägna oss en basinsikt i ämnet som Kvale & Brinkmann (2009) föreslår. Det underlättar skapandet av frågor som kan tillämpas i rätt kontext. Å andra sidan kan basinsikt i ämnet kompletteras med kännedom om den kontext som undersökningen ska genomföras i; den yrkeserfarenhet vi har underlättade för en identifikation av de diskurser och de situationer som finns inom ämnet. Vi utformade två strukturerade intervjuguider (se Bilaga 3 och 4) med ett antal teman som fungerade indelande för våra frågor. En intervjuguide var avsedd för kostnadsansvariga och förskrivare, en för enhetschefer. Vi bestämde oss för att göra två närmast identiska intervjuguider (det skilde på en fråga) för att undersöka om svaren skulle skilja sig åt beroende på yrkesgrupp.

Urval

Vi valde att intervjua enhetschefer, förskrivare och kostnadsansvariga i de fem stadsdelsförvaltningar som från början var kopplade till Handiprojektet. Dessa tre yrkeskategorier är på olika men ändå betydelsefulla sätt relevanta för vår fråga om hjälpmedel för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. *Enhetscheferna* leder och fördelar arbetet för till exempel boendestödjare som möter brukaren i vardagen. Om de inte har tillräckligt med kunskap eller håller sig á jour med vad som händer inom forskning och utveckling för målgruppen kommer detta inte att ”nå fram” till varken boendestödjare eller brukare.

Förskrivarna har mandat att skriva ut hjälpmedel till den som har behov, alltså är det viktigt att förskrivaren har kunskap dels om psykiska funktionshinder/nedsättningar, dels håller sig uppdaterade om hjälpmedelssortimentet. I forskningen saknade vi de *kostnadsansvarigas* roll. Det är de kostnadsansvariga inom respektive huvudmän som tillstyrker eller avslår ansökningar om hjälpmedel. För oss, som ser förskrivningsprocessen utifrån, ter sig deras roll minst lika viktig, om inte avgörande. Därför ville vi inkludera dem i vårt arbete för att ta reda på om de också har eller behöver ha kunskap och kännedom om målgruppen och riktade hjälpmedel.

Alla informanterna har gymnasial eller eftergymnasial utbildning inom ämnen som har hög relevans till arbetet med psykiskt funktionshindrade: socionomutbildning, arbetsterapeutisk utbildning där även förskrivarutbildning ingår, sociologi, undersköterskeutbildning (inom psykiatri), mentalskötarutbildning, etc. De hade även gått kompetensutvecklande fortbildningar som systemisk utbildning (systemteori), MI (motiverande samtalsmetod), så kallad support employment (metod för att hjälpa individen behålla arbete/sysselsättning), ledarskapsutbildning, etc. Yrkeserfarenheten för informanterna är mellan 3 och 20 år, och samtliga har en sysselsättningsgrad på 100 %.

Tillvägagångssätt

Eftersom Handiprojektet redan hade ett urval av stadsdelsförvaltningar i Göteborg valde vi att följa upp dessa. Det var viktigt för vår studie att komma i kontakt med informanter som hade kännedom om Handi då vi ville veta vilka erfarenheter dessa hade om tillgängligheten och användningsområdet för hjälpmedlet. Våra första kontakter gjorde vi med enhetscheferna i dessa stadsdelar, i sin tur tipsade de oss om andra informanter, som förskrivare; den så kallade snöbollseffekten (Dalen, 2007). Vår avsikt var att intervjua de tre yrkeskategorier ur varje stadsdel som varit med i Handiprojektet, totalt skulle det bli femton intervjuer: fem enhetschefer, fem förskrivare och fem kostnadsansvariga. Informanterna fick förfrågan om intervju via mejl där de ombads kontakta oss via mejl eller telefon. Intervjuerna skedde på respektive informants arbetsplats och inspelades med diktafon. En av oss ställde frågorna och en förde anteckningar. Denna metod hjälpte oss att ”på plats” identifiera följdfrågor och sammanfatta centrala ord som återkom. För transkriberingen av de inspelade intervjuerna renskrev vi endast de citat vi fann centrala för vårt arbete. Resultatet presenteras under rubriker som baseras på de indelande teman som vi använde i frågeguiden. Centrala citat (i kursiv stil) från våra informanter varvas med refererat av de olika intervjuerna.

Metodproblem

En upptäckt vi gjorde var att det saknades en viss typ av frågor för vår undersökning, vilka hade kunnat fördjupa vår analys, till exempel om förskrivningsprocessen. Det dök helt enkelt upp andra dimensioner längs intervjuprocessen (Kvale & Brinkmann, 2009), som författarna menar är ett uppdykande dilemma utan facit på hur det kan hanteras. I efterhand förstår vi att dessa dimensioner ändå hade kunnat få en fördjupad förklaring om vi hade kommit i kontakt med alla informanter (se Validitet och reliabilitet). Vi valde dock att inte göra ändringar i de befintliga intervjuguiderna.

Analysmetod

Grundad teori är i dess ursprungliga form en induktiv procedur. Som teori för analysprocessens utgångspunkt, syftar den till ett synsätt som tror på att först utvinna insikter och stärka förståelsen av datamaterialet. Teorins grundare, Glaser och Strauss, menade att det är mer sannolikt att ”teori som uppstår ur data liknar verkligheten mer”, än spekulationer och redan antagna begrepp skulle göra (Watt Boolsen, 2007, s 127).

För analys av vårt samlade empiriska material har vi använt meningstolkning, där vi avsåg att gå djupare och kritiskt tolka betydelsen av ursprungsmaterialet, vilket hjälpte oss att hitta nya strukturer i både den tidigare forskningen och intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi valde vidare att sätta vårt analyserade material i förhållande till begreppen: empowerment, tillgänglighet och självständighet, och presentera analysen efter dessa. För analys av intervjudata har meningskoncentrering använts: vi lyssnade igenom de inspelade intervjuerna för att få en känsla för helheten, ställde sen de olika intervjuernas helheter mot varandra och tematiserade centrala uttalanden eller ord efter huvuddragen i frågorna (ibid.). Denna process lade grunden för valet av teoretisk referensram.

Etiska frågor

Vi har för vårt arbete inte mött på några avgörande etiska dilemman eller frågor. Vi har följt de etiska principerna inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning som huvudsakligen efterlyser fyra krav om: information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002). I vår förfrågan till informanterna bifogades informationsbrev och samtyckesbrev i mejlet där studiens syfte, användning, aspekten av frivillighet samt hur arbetet skulle presenteras redovisades. Informanterna skrev på samtyckesbrevet och gav det

till oss under intervjun (se Bilaga 1 och 2). Citat från intervjuerna redovisas med fingerade namn, detta då vi inte anser det vara centralt för vår studie att vare sig arbetsgivare eller informant framkommer med namn. Däremot framkommer vilket yrke de har då det är centralt för studien. Vi har valt könsneutrala namn i den mån det är möjligt, vårt snäva urval skulle annars göra informanterna identifierbara. Syftet med vår uppsats var aldrig att undersöka *specifika* arbetsplatsers grad av kunskap och kännedom om målgruppen och hjälpmedel, urvalet var bara en naturlig följd av kopplingen till Handiprojektet. I källförteckningen, utom i de fall där personen gett sitt medgivande, presenteras däremot intervjuerna med yrkesroll och datum, så att inte det fingerade namnet ska kopplas till intervjudatumet. Att vi ger en förteckning av de olika datumen är för att läsaren ska kunna följa tidsspannet för intervjuerna.

Vår förförståelse

Vi har som författare en viss förförståelse av ämnet, då vi på olika sätt har arbetat med vår studies avsedda målgrupp. Den ena av oss har en tillsvidareanställning som nattpersonal och den andra av oss har olika vikariatsanställningar inom och strax utanför Göteborg. Vi har båda arbetat löpande med socionomutbildningen under de senaste tre åren. Det handlar om varierande boenden med särskild service för psykiskt funktionshinder som SoL-boende där det främst bor personer med psykossjukdom, LSS-boende för huvudsakligen neuropsykiatriska diagnoser och boende för samsjuklighet. Detta innebär att vi själva har kännedom om målgruppens styrkor och svagheter, och om vilka olika strukturella insatser som målgruppen är i kontakt med. Vår förkunskap har inneburit både för- och nackdelar i studien. Fördelarna har varit att vi har förståelse för målgruppens behov, de hinder den möter liksom förståelse för olika arbets- och organisatoriska dilemman och metoder. Det har varit till stor hjälp när vi sökt i den tidigare forskningen och för datainsamlingen. Nackdelarna har främst inneburit de egna fördomar, dels för andra yrkesgruppers arbetsmetoder, som förskrivarnas eller de kostnadsansvarigas, dels om Handi som hjälpmedel. Ingen av oss har kommit i kontakt med Handi i de verksamheter vi befunnit oss i och när vi berättade om hjälpmedlet var det ofta ingen alls eller bara ett fåtal som överhuvudtaget hade hört talats om det. Vår spontana reaktion när vi hörde talas om Handi var till exempel att hjälpmedlet hade framtagits som ett sätt att skära ner på personal eller att hjälpmedlet kunde frigöra resurserna till andra användningsområden. Vi saknade initialkunskap om hjälpmedlet och föreställde oss ett givet syfte som inskränkte oss innan vi fick mer information.

Validitet och reliabilitet

Med facit i hand anser vi att det finns betydande brister med representativiteten av förskrivare och kostnadsansvariga. Vi kom bara i kontakt med en av varje och därmed uppstod en skevhet i vårt urval och det sänker vår uppsats reliabilitet, eftersom vi avsåg intervjua fem förskrivare och fem kostnadsansvariga, och det är ett alltför lågt underlag för att slutsatser ska kunna ”mätas” tillförlitligt. Det vore med andra ord oriktigt att, utifrån vår studie, påstå att våra slutsatser är generaliserbara. Däremot anser vi oss ha lyckats i viss mån med validiteten, i bemärkelsen att vi fann underlag för det vi avsåg studera och kunde svara på våra frågor (Larsson, 2005). Dock kan vi inte säga att studiens validitet är hög då dess tillförlitlighet är avhängig av reliabilitetens värde, som graden av konsistens (ibid.). Vi kan inte svara på varför representation av förskrivare och kostnadsansvariga blev så låg. Några ifrågasatte den roll de skulle kunna spela för vår studie och visade svalt intresse eller avsåg sig att delta. För enhetschefer var däremot svarsfrekvensen hög, med tanke på att fyra av avsedda fem kunde ställa upp på intervju. Även om det bör tydliggöras att en av dessa är arbetsledare och inte enhetschef. Till en början var responsen sval, men när vi bestämde oss för att kontakta dem per telefon, blev det ett positivare resultat. De resurser vi hade i form av tid började dock bli knappa på grund av påminnelser och väntan på respons. Antagligen hade reliabiliteten blivit högre om vi hade iscensatt förfrågningarna ännu tidigare och varit mer drivande i uppsökningsprocessen. Med facit i hand var det avsaknaden av initialkunskap om Handi och en tydlig förståelse för vad vi verkligen ville undersöka som bromsade oss.

Uppsatsens fortsatta disposition

Del två i uppsatsen handlar om resultat, analys och diskussion. I resultatdelen presenteras det empiriska materialet från våra intervjuer. Det följs av en analysdel som behandlar resultatet samt den forskning och de teorier vi använts oss av i studien. Avslutningsvis för vi en diskussion om ämnet och presenterar förslag på vidare forskning.

7 – RESULTAT

Psykiatrireformens intentioner har på sikt påverkat målgruppens situation. Michele, enhetschef som har mer än 20 års erfarenhet av psykiatrin, tror att den största förändringen har att göra med att individen ska kunna bo själv, att det blev en utveckling och *”ett jättelyft för målgruppen”*. Men att processen från att bo på institution till en egen lägenhet gick alldeles för fort, varpå vissa individer fick märkbara problem innan yrket boendestöd fanns. Michele tror att det var en fråga om okunskap, där tanken med reformen var god men att *”man hade väldigt bråttom...”*.

För att kunna stödja en person som på grund av psykossjukdom fått kognitiva funktionsnedsättningar, är det viktigt att ha kunskap och kännedom om vilka problem eller hinder som uppstår i individens vardags- och inre miljö. Vanförställningar, initiativlöshet, isolering och begränsning i sociala situationer, liksom strukturella funktioner kring kosthållning, hygien, medicintag och dygnsrytm är vanliga inslag i sjukdomsproblematiken.

Kunskap om målgruppen och hjälpmedel

Våra informanter hade god kunskap och kännedom om de hinder och problem som personer med kognitiva funktionsnedsättningar, som beror på psykossjukdom, möter. Den kunskapen har de förskansat sig genom ett brett spann av utbildning, vidareutbildning och erfarenhet av arbete med målgruppen. Genomgående var de svar vi fick centrerade till *det vardagliga*: rutin- och strukturproblem i vardagsmiljön, uppfattningsförmåga, tidsuppfattning och minnesproblematik, men även om den initiativlöshet som ofta finns som ett inslag i psykossjukdomen.

Robin, som är förskrivare, menar att problemen har mycket med minnet att göra, och att det kan yttra sig i att personerna glömmar att ta sina mediciner, men att det också handlar om:

”exekutiva förmågor att komma igång... många blir sittande hemma de behöver hjälp att hitta startmotorn som en yttre hjälp för att komma igång...”

Alla dessa situationer kan med hjälp av personligt stöd eller påminnelsehjälpmedel lätt avhjälpas. Behovet av teknikutvecklingen för hjälpmedel inom psykiskt funktionshinder och

kognitiva funktionsnedsättningar har uppdagats av både Socialstyrelsen och regeringen, framför allt ska informationsvägarna om hjälpmedel förbättras, men också vidareutvecklingen av kunskapen och innovationen inom området hjälpmedel. Bakgrunden till dessa initiativ är den ännu begränsade tillgången till kognitiva hjälpmedel, som delvis beror på kunskapsbrist bland chefer inom den sociala sektorn. Vårt resultat visar dock på en positiv motsats.

De enhetschefer som vi talade med hade alla god kunskap om hjälpmedel och höll sig någorlunda uppdaterade med information om dessa. Däremot fann vi att kunskapen och kännedomen om själva förskrivningsprocessen inte var lika god bland enhetscheferna, till exempel trodde en enhetschef att det var *enbart* MAR (medicinskt ansvarig rehabiliteringssjuksköterska) som förskriver hjälpmedel. Kari, som är enhetschef, påpekade att det finns en brist på förskrivare för personer med kognitiva funktionsnedsättningar och att det nog beror på att behovet av dessa inte har uppdagats inom psykiatriområdet.

Hjälpmedel är på många sätt ett verktyg på väg till ökad självständighet och kopplas i forskningen till känslan av makt och kontroll över det egna livet och till drivkraften att klara av att leva det på egna villkor. Överlag hade alla våra informanter god kännedom om olika kognitiva hjälpmedel, både ”klassiska” som tidshjälpmedel, klockor, bildstöd, almanackor, whiteboard, kamera, etc., och moderna som handdatorn Handi. I de fall där hjälpmedel inte förskrevs arbetade ändå enhetschefer och förskrivare aktivt med sina anställda och med brukarna för att hitta så kallade hemmalösningar – sådant som officiellt inte räknas som hjälpmedel men som fungerar som verktyg i vardagen. Det visar att det finns en kreativitet bland informanterna att delge varandra (inom varje arbetsteam) kunskap och idéer om praktiska lösningar för att hjälpa målgruppen. Julia, som också är enhetschef, berättar att handdatorn Handi används som ett verktyg inom enheten, dock inte i någon större utsträckning (en brukare på sextio) och förklarar för oss att många brukare inte känner till allt som har med datorer att göra. Hon syftar på hanterbarheten av hjälpmedlet Handi som ju är IT-baserat, och påpekar att tekniken i sig kan vara ett stort problem för många, sett ur en sjukdomsbild med paranoida inslag:

”Handi är inte en universallösning” säger Julia, ”hjälpmedel ska ses som komplement, inte som svaret på allt... det är viktigt att förstå att alla inte är stöpta i samma form... bara för att de till exempel har en psykos”

Robin menar på liknande sätt att alla hjälpmedel inte passar alla, det är viktigt att de individanpassas. Till detta hör, att om ett hjälpmedel ska hjälpa, behöver personalen dels ha kunskap om hjälpmedlet dels ha tid att introducera *och* instruera det för brukaren. Gemensamt för våra informanter var insikten om hjälpmedlens användningsmöjligheter, men också de begränsningar dessa ibland kan medföra om de inte används på rätt sätt eller instrueras och följs upp. Informanterna berättar om hjälpmedel som tenderar att hamna i lådor eller hörn där de inte gör någon nytta, eller betydelsen av att, som till exempel arbetsterapeut, kunna lämna över riktiga instruktioner för användning hos personalen. Sjukdomsinsikten hos brukaren är också en betydelsefull faktor, Julia tror att den är viktig för att hjälpmedlet ska göra nytta. Däremot behöver inte motivationen till att använda ett hjälpmedel enbart komma från boendestödet, menar hon, motivationen kan erbjudas redan via psykiatrikontakten.

På frågan om hjälpmedel kan öka eller minska kostnaderna för samhället ur ett självständighets- och delaktighetsperspektiv och därmed påverka beroendeställningen till exempelvis socialtjänsten, svarar våra informanter att kostnaden kan minskas till viss del. Men att det är beroende av att brukaren även får det sociala stödet som behövs och av god uppföljning, där ansvaret för den alltid måste ligga hos arbetsterapeuten. Robin tror att självständigheten kan ökas, men att ett hjälpmedel ska ses som något som:

”kanske kan minska insatsen för att komma igång istället för att ersätta den... men det sociala stödet är en viktig del... det kanske kan hjälpa att fokusera mer // utåtriktade delar istället för att få personen att diska eller städa hemma // det är inte många människor med psykosproblematik som inte förstår hur man diskar // dom kan ju men dom kommer inte igång orkar inte eller har olika föreställningar eller glömmer bort å så”

Julia är tveksam till om det är en fråga som går att svara på, däremot tror hon att de yrkeskunniga kan arbeta mot ett sådant mål och menar det yttre sig i att boendestödjaren kan *”jobba bort sig själv”*. Hon menar att personalen ska se sig som verktyg, som delaktigt arbetar för att hitta det friska hos brukaren. Michele tror att kostnadsfrågan är relaterad till att varje enhet har en budget att hålla sig till, däremot tror Michele att ett hjälpmedel kan behjälpa med vissa vardagsrutiner så att boendestödjaren kan hjälpa till med andra aktiviteter:

”målet med vår verksamhet är att de ska bli självständiga // att inte behöva boendestöd sen kanske man inte kommer så långt... kanske man kan bli mindre beroende i vissa delar... å det är ju ett stort framsteg”

Kim, som är enhetschef, tänker att syftet med ett hjälpmedel ska räknas som *”förhållandevis kostnadseffektivt”*. Vi diskuterar om hjälpmedel kan öka eller minska kostnaderna för samhället vad gäller inskrivning på slutenvård och medicinering. Michele tror att kostnaden kan minska, att till exempel kunna lägga in krisplan i handdatorn för tidiga psykostecken, så att de kan avhjälpas innan det går så långt som till inläggning. Robin tror att om hjälpmedel används på rätt sätt kan inskrivningar minska:

”en Handi kanske finansieras efter tre dygn på ett sjukhus så efter en vecka har man tjänat in dom [pengarna] rent ekonomiskt”

Informationen om hjälpmedel får våra informanter mestadels via mejl, men också via informationsträffar och genom att inom arbetsgruppen delge varandra nya rön. Övervägande tyder vårt resultat på att informanterna tycker att de får bra och lättillgänglig information om olika hjälpmedel. Kim säger till exempel att det finns mycket information om hjälpmedel, och att hjälpmedelsutvecklingen är en aktiv process, och föreslår att personal borde få 5 % avsatta av sin tjänst till att kunna uppdatera sig om forskning kring till exempel hjälpmedel. Kim syftar på att utvecklingen av hjälpmedel, som från början nästan uteslutande var avsedda för personer med fysiska funktionshinder, idag når andra grupper av funktionshinder eller funktionsnedsättningar,

Vad gäller brukarens möjlighet att hitta till rätt instans för att finna hjälpmedel får vi blandade svar. Det kan vara svårt för brukaren att få stöd när det inte finns så mycket allmän kunskap om hjälpmedel, vilket kan bero på opinionen, menar Kari som är enhetschef. Kari gör en jämförelse med brukarorganisationer och ett starkt föräldrastöd för till exempel personer med utvecklingsstörning, medan personer med psykiska funktionsnedsättningar fortfarande är en eftersatt grupp. Zan, som är kostnadsansvarig, tror att brukarna blir hänvisade av respektive personal. Julia tror däremot att utan eget intresse från brukarens sida så spelar det inte så stor roll om denne, i kontakten med öppenvården, blir lotsad till rätt instans för att finna ett passande hjälpmedel. Det räcker inte att endast personalen bistår med tips och motivation. Michele tror att det är sjukvården eller öppenvården som ska lotsa rätt:

”det är ju ändå dom som ska förskriva i slutändan // jag tror inte ens att våra klienter vet vad som finns // klienten tror jag inte kan gå direkt till hjälpmedelscentralen å säga att dom vill ha ett hjälpmedel”

Det tycks handla om en fråga om samverkan, att stötta varandra att hjälpa brukaren att nå fram till hjälpmedlen och ha insikt i de lagtexter som handlar om hjälpmedel. När vi diskuterar stödet i lagarna ger inte våra informanter uttryck för en bredare användning av dessa, bland annat anses inte tillägget i SoL om tydligare samverkan göra så stor skillnad, då de flesta redan arbetar samverkande. Kim uttryckte dock att *”tvingande formuleringar”* är bra för att skapa bättre förutsättningar för samverkan.

Betydelsen av styrmedel

Våra informanter har olika erfarenheter av samverkan, men upplever förhållandevis att den fungerar bättre och bättre. Dock var de flesta ense om att det är i samverkan med slutenvården som det ännu inte alltid fungerar tillfredsställande. Michele tror att samverkan fungerar både bra och dåligt och syftar på kontakten med sjukvården, vidare att de olika verksamheter har kommit olika långt i landet (Sverige) och i staden (Göteborg) då olika stadsdelsförvaltningar jobbar på olika sätt. Vi diskuterar om samverkan fungerar lika bra med slutenvården och Michele svarar tveksamt att ett steg i rätt riktning är att de fått med sjukvården i sina samverkansträffar, men att det ofta fallerar när det gäller vårdplaneringarna:

”ibland skickar dom bara [brukarna] rätt hem... så står dom här i dörren... // men det blir väl bättre // när jag hör att någon är på väg hem å ingen vårdplanering då slänger jag mig på telefon... ska vi ha vårdplanering? // nja... men det behövs väl inte? klart att det gör säger jag... men sjukvården resonerar att det finns redan boendestöd // öppenvården börjar ju få det tänket att man jobbar på det sättet med täta kontakter // men slutenvården vet jag inte jag tror inte dom har ett sånt tänk // där tror jag att vi får jobba ett bra tag till innan det blir riktigt... // det är bara att jobba vidare... jag är ju lite enveten då som ringer å kräver!”

Julia berättar att även om det redan finns ett samverkansavtal som följs känns det stundtals som att kommun och landsting är *”två jättar som slåss om vem som ska göra vad”*. Robin menar på likande sätt att mycket beror på var samverkan sker, att det är skillnad på olika

stadsdelar och på hur sjukvården arbetar och bekräftar att slutenvården är den apparat som det varit svårast att samverka med. Men det finns goda exempel där det har kunnat fungera bra tillägger Robin. En orsak tycks vara brister i rutiner, men att det är något som ständigt förbättras. Kari tror att respekten för varandras yrkesroll och kunnande, liksom regelbundenheten i träffarna är viktiga för att samverkan och samordning ska fungera, och berättar om ett kommande projekt för att stärka samverkan mellan verksamheterna. Det är en slags processkartläggning där man följer en person över tid från inläggning och sjukhusinsats till socialtjänstens utredning till vårdplaneringen för lokalisering av de områden där hjälp och insats behövs.

Vad gäller tillämpning av SoL, LSS och HSL när det handlar om hjälpmedel, beror svaren mycket på i vilken verksamhet informanterna befinner sig. Ett återkommande svar är att det är arbetsterapeutens uppgift att förskriva hjälpmedel enligt till exempel HSL. Ett annat att brukarna redan har sina beslut enligt antingen SoL eller LSS, varför man i egenskap av till exempel enhetschef inte arbetar med lagarna direkt. Insatserna är avhängiga av vilken lag som beslutet grundar sig på. Zan menar att alla tre lagarna fungerar som markörer för vem som ska betala för hjälpmedlet, och påtalar att en lag som HSL bara säger att ett hjälpmedel *kan* vara en del i behandlingen, det är ingen given rättighet. Däremot tror Kari att det kan vara lättare att få ett hjälpmedel förskrivet enligt SoL, som är en ramlag där endast *"fantasin sätter gränserna"*. Kari menar att frågan om hjälpmedel kan medvetandegöras hos till exempel biståndsbedömare, då man i praktiken inte förskriver enligt SoL eller LSS, men hjälpmedlet skulle på så sätt kunna ingå som en del i beslutet. Enligt LSS, som är en rättighetslag, ska individen begära den hjälp denne vill ha, antingen själv eller via ombud, och där är det viktigt, menar Kari, att personalen kan uppmärksamma vilka behov av hjälpmedel brukaren har och förankra det så att förskrivningsprocessen kan ta fart.

Kostnaden, är den avgörande?

Alla våra informanter kände till handdatorn Handi då de på olika sätt varit delaktiga i Handiprojektet. Däremot visade vårt material att det var ett fåtal brukare inom de olika enheterna som fortfarande använde den. Det fanns självklart individuella och varierande orsaker till det, men vi fann ändå att produktkostnaden var en gemensam nämnare bland svaren om huruvida Handi förskrivs, eller kan komma att förskrivas i större utsträckning i framtiden; Handi är helt enkelt för dyrt. Michele sammanfattade så här:

”nu har jag inte belägg för det här men... det är faktiskt så att Handi är ju ett dyrt hjälpmedel... mellan femton och sextontusen... och det är ju kommunen som får betala den kostnaden sen leasar klienten... //jag tror det finns en rädsla att det kostar... men sen kan jag inte säga att jag vet att det är så men jag tror att det är så...”

Kari tror att det handlar om en inställning, då handdatorn Handi är dyrare än andra hjälpmedel och Kim tror att det handlar om kostnad, men reflekterar över behovet av just IT-tekniken:

”det är kul det som händer med utvecklingen ... men man kanske kan blunda å glömma tekniken å tänka vad kan man göra för brukaren?”

Kim kopplar sitt påstående till det nya elektroniska biljettsystemet på Göteborgs Spårvägar och hur svårt det blev för personer med kognitiva problem att förstå sig på det. Intentionen att förenkla vardagen med teknik kan för många istället bli ett stort problem av tillgänglighet och deltagande. Robin menar att det är i speciella fall som hjälpmedel som mobiltelefoner och handdatorer förskrivs om det redan finns andra lösningar att tillgå och påpekar att *”det är ju inte bara å förskriva”*. Processen bakom en förskrivning kräver riktig och god dokumentation så att inte hjälpmedel förskrivs *”i onödan”*. Robin tror ändå att kostnad kan påverka förskrivningsuträckningen av kognitiva hjälpmedel och att det kan bero på det är mer noga med hur man ansöker om dessa än för till exempel en rullstol. Han tror att det kan ha att göra med en tradition där det är *”betydligt lättare att förskriva // [för] synliga handikapp”* som inte ifrågasätts på samma sätt. Medan det är svårare att förstå det som har med organisering, planering och struktur att göra.

Fördelningen av förskrivningsärenden för fysiskt respektive psykisk funktionsnedsättning tycks beror på var i de olika stödsystem brukaren befinner sig i. Kanske, tror Robin, beror det just på traditionen, att det finns mer hjälpmedel riktade till fysiskt funktionshinder samtidigt som behovet av kognitiva hjälpmedel är lika stor. Zan, som tar emot ansökningarna i egenskap av kostnadsansvarig, beräknar att fördelningen är runt tio procent för hjälpmedel till kognitiva funktionsnedsättningar, och tror att det är:

”[skratt] därför att man inte vet om att man kan få hjälp... att det finns hjälpmedel enligt vad handboken ger ut... det är min lekmanuuppfattning ska jag säga jag har inget belägg för detta // och kanske för att det finns större variation för till exempel fysisk skada än psykiskt så därför tror jag nog det är skillnad när det gäller psykiatrin... jag tror att det är ett stort mörkertal”

Zan menar dock att det är samma krav på alla ansökningarna och att i egenskap av kostnadsansvarig *"förkastar"* inte Zan några, tvärtom brukar en dialog föras med förskrivaren för att försöka hitta *"vägar så långt det går för handbokens ramar"*. Zan tror att handboken [regelverk över vad som får förskrivas i Västra Götaland] inte är så generös i bemärkelsen att den har fasta ramar, men menar samtidigt att *"det är en levande bok"* som kräver ett visst mått av förarbete. Om det förs en tydlig dialog kan boken inom regelverkets ramar, tillägger Zan, ändå gå att tolka på ett mer generöst sätt. Zan är däremot övertygad om att kostnad *inte* är en faktor som påverkar förskrivning av hjälpmedel, användning av hjälpmedel ser Zan som en samhällsekonomisk vinst. Att även om kriterierna i handboken styr och ålägger en ekonomisk aspekt på frågan så finns det ändå ett hjälpmedelsavtal som avsätter pengar för just hjälpmedel:

"men det är inte så att vi har en påse pengar som vi får ta ifrån det är samma för alla i Göteborg och kranskommunerna..."

Och poängterar samtidigt att ett hjälpmedel som handdatoren Handi är för dyr och att de pengar som finns är *"till enklare hjälpmedel som almanackor"*.

Vårt resultat visar att informanterna hade god kännedom och kunskap om målgruppen, dess generella problematik och de problem som kan följa på en psykosjukdom. De hade god kännedom om olika kognitiva hjälpmedel och erfarenhet av handdatoren Handi, men alla var eniga om att den är för kostnadskrävande. Även om några av informanterna samtidigt påvisade en medvetenhet om att engångskostnaden för en handdatoren Handi, kan ses som en samhällsekonomisk vinst, då den motsvarar en veckas inläggstid på slutenvården. Vidare visar vårt resultat att de lagar som finns för stöd i hjälpmedelsfrågan åläggs olika betydelser beroende på yrkesrollen, och att samverkan mellan olika stödsystem skapar förutsättningar för att uppnå delaktighets- och självständighetsmålen för individen.

8 – ANALYS

Vi har funnit att frågan om IT-baserade hjälpmedel befinner sig i en socialpolitisk och ekonomisk kontext där målgruppsdefinitioner, lagändringar och inställning till kostnad påverkar tillgängligheten till hjälpmedel. Vi har identifierat olika centrala faktorer som samverkan, insikt om lagar som verktyg och betydelsen av självständighetsaspekten. Vår viktigaste slutsats är att det finns en vilja och en medvetenhet bland yrkeskunniga att förbättra målgruppens situation och aktivt arbeta för att uppnå delaktighets- och självständighetsmålen för brukarna. Men analysen visar att det även föreligger två paradoxer i hjälpmedelskontexten, den ena handlar om kunskap, den andra om kostnad (se Paradoxer). I samband med detta ser vi behovet av en stärkt positionering för psykiatrin.

Empowerment

Tydliga definitioner av begrepp skapar förutsättningar för förståelse och gensvar. ICF placerar *produkter* som en omgivningsfaktor, och åsyftar hjälpmedel som ett redskap för kompensation och neutralisering av funktionshindret eller funktionsnedsättningen (Socialstyrelsen, 2003). Grundtanken är att hjälpmedel ska kunna definieras mer grundligt för att lättare anpassas eller utformas för personer med funktionsnedsättningar. Vi påstår att redan i intentionen att generera tydliga och starka terminologier skapas en inställning som ger associationer till empowerment, där samband och orsaker till funktionsnedsättningarna kan lokaliseras och den *enskildes* resurser och styrkor tillvaratas. Empowerment handlar enligt Askheim & Starrin (2007) centralt om inflytande och självkänsla. Kunskap om de inneboende resurserna menar vi, breddar perspektivet på hur hjälpmedel kan fungera som verktyg på väg till ökad självständighet. Reed et al. (1995) kritiserade forskningen för att frågan om hjälpmedel inte var behovscentrerad. Vi fann att det sker en levande form av generativa förändringar bland våra informanter, tvärtemot forskningens påtalade behov av attitydförändringar, ökad kunskap och höjd kompetensnivå för yrkeskunniga. Till exempel visade våra informanters inställning till hjälpmedelsfrågan att det sker en aktiv process av informationsutbyte för kompetenshöjande åtgärder.

Våra informanter, med varierande och god kunskap om olika hjälpmedel, använder aktivt och kreativt olika ”hemmalösningar” och befintliga hjälpmedel för att hjälpa sina brukare hantera vardagsrelaterade problem. Men det är skillnad mellan att få *tilldelat* ett hjälpmedel som antas passa, och att ges möjligheten att välja ett hjälpmedel som *är* anpassat. Vi drar en

parallell till Reed et al. (1995) och menar att individens behov då behandlas på ett homogent sätt. Informanterna var dock ense om att ett hjälpmedel som handdatorn Handi är alltför dyrt. Trots positiva beskrivningar förskrivs den inte i första hand eller över huvud taget. Vår slutsats är det finns en avsaknad av tradition, kring hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar, som hämmar integreringen av dessa i ett stödarbete. I forskningen (Cromvall et al., 2007) antas informationstekniken öka förutsättningarna för att nya produkter som IT-baserade hjälpmedel ska utvecklas. Dessa beskrivs som ett ytterligare steg i stärkandet av självständighetsnivån. Så som vi uppfattar det finns det dock en komplexitet i frågan om IT-baserade hjälpmedel: å ena sidan efterlyser regeringen utveckling av kognitiva hjälpmedel med informationstekniken i åtanke, å andra sidan är handdatorer som hjälpmedel för dyra och förskrivs inte i samma utsträckning som andra hjälpmedel.

I vårt material fann vi att lagar till stöd för hjälpmedelsfrågan tilldelades olika betydelse bland informanterna, vår slutsats är att det finns en försiktighet bland yrkeskunniga att aktivt använda lagar som verktyg för att skapa förutsättningar för empowerment. Vi menar att god insikt i lagarna för alla inblandade yrkesgrupper, kan vara skillnaden mellan att möjliggöra eller hindra tillgängligheten till hjälpinsatser som hjälpmedel.

Tillgänglighet

Cook & Polgar (2008) menar att förhållningssättet till hjälpmedlet konstrueras i interaktionen mellan den som behöver det och omgivningen. Social påverkan är en viktig markör där framför allt acceptansen inverkar på tillgängligheten till hjälpmedel. Trots att kunskapen om personer med kognitiva funktionsnedsättningar blivit bredare, är det förhållandevis få som har tillgång till kognitiva hjälpmedel. Det finns ett mörkertal, säger en informant, gällande förskrivning av dessa. Förskrivningskompetens är fortfarande ett bristyrke inom psykiatrin. De individer som behöver kognitiva hjälpmedel är betydligt fler än de som får dem. Vi hävdar att det är en attitydfråga. I en av Statens Offentliga Utredningar poängteras att sortimentslistor med hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar ska utvecklas (2006:100). Ett sådant yrkande stärker antagandet att målgruppen länge har varit eftersatt på hjälpmedelsfronten. Dahlberg (2008) påtalar att bristen på förskrivare kan bero på det faktum att hjälpmedelsbehovet inom psykiatriområdet inte har aktualiserats fullt ut. Målgruppen och behovet har i sig *alltid* funnits, men efterfrågan på hjälpmedel har uppmärksamrats relativt nyligen och det påvisas även av forskningen. Det sker framsteg för målgruppen att stärka sin

position i samhället, men också de yrkeskunniga får en möjlighet att stärka sin status i det medicinska fältet.

År 2010 är utnämnt till Tillgänglighetens år, som i korta drag är ett försök att avlägsna hindren i samhället för funktionshindrade. I diskursen saknas en medvetenhet om de hinder som personer med *kognitiva* funktionsnedsättningar möter. Cook & Polgar (2008) belyser en intressant poäng när de menar att det är själva målet med hjälpmedlet som måste vara i fokus, det är inte för att göra saker enklare som ett hjälpmedel behövs, utan för att kunna göra dem annorlunda och ändå ”som alla andra” (delaktighet i samhället). Tillgänglighet handlar om att möjliggöra delaktighet i samhället. Men vi hävdar att trots uppmärksamhet och ökad teknikutveckling för kognitiva hjälpmedel i den socialpolitiska kontexten, måste ändå hjälpmedelsfrågan gå hand i hand med de individuella behoven för delaktighet och självständighet.

Samtidigt påverkas just hjälpmedelstillgängligheten av vad huvudmännen placerar in i sortimentslistorna. IT-baserade hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar finns redan på hjälpmedelsmarknaden, LoPresti et al. och Cromvall et al. (2004; 2007) gör gällande att dess utbredning fortskrider. Men när nya hjälpmedel tillkommer och kostnaden för dem visar sig bli en markant skillnad mot de ”hemmaplanslösningar” och låga kostnadsnivåer, som vi menar befästs inom psykiatrikulturen, blir konsekvensen att det uppstår ett dilemma. Vi påstår att det inte är kostnaden i sig, utan snarare en *attityd* till kostnaden, som påverkar klientens tillgång till IT-baserade hjälpmedel.

Det finns ett tydligt samband mellan tillgänglighet och samverkan. Om individen, eller dess företrädare, ska kunna lotsas till rätt instans för att nå fram till hjälpmedlen, så måste det först finnas en allmän kunskap om dessa. Det kräver i sin tur en stark samverkan mellan brukarorganisationer och huvudmännen. En informant tror att en stark allmän åsikt om målgruppen kan upphäva dess eftersatthet i tillgänglighetsfrågan. Seelman (1993) antyder att den professionella dominansen påverkar i hög grad hur resurserna fördelas, eftersom attityder baseras på de sociala konstruktioner som verkar i samhället. Vi menar, mot bakgrund av det, att den skeva fördelningen av förskrivningsärenden mellan fysiskt och psykisk funktionsnedsättning, är en konsekvens av resursfördelningen. Resursfördelningen för hjälpmedel och kunskapsutbyte mellan verksamheter kan bli en fråga om hegemonisk positionering, om inte en rättvisare fördelning av hjälpmedelsresurserna sker för att öka delaktigheten. Det tål att tänka på vilken förutsättning för tillgänglighet de yrkeskunniga skapar när hjälpmedelsfrågan behandlas utifrån ett antagande om vad som ”passar” eller som ”redan finns”.

Självständighet

Det är stor skillnad på den betydelse som självständighetsbegreppet har, inte bara ur professionens perspektiv utan även ur individens utgångsläge. Vår bedömning av materialet är att professionens perspektiv på självständighet förändrar livsstrukturen för individen. Nya förutsättningar kräver ett förändrat syn- och förhållningssätt, och vi anser att frågan om hjälpmedelsutveckling och användning är en sådan förändring. Utvecklade tolkningsmodeller för att hitta samband mellan dynamiska samspel i omgivningen, kan identifiera de hinder eller möjlighet som finns för individen att integreras i samhället. Psykiatrireformen har påbörjat en utveckling som i en tolkningsprocess lett till ökad självständighet, men steget från institutionsboende till egen lägenhet är stort. Nya behov har framträtt som har ett samband med hur omgivningens betingelser orsakar funktionshindret för individen. Ett centralt syfte med empowerment är, som vi nämnt tidigare, att stärka självförtroendet och de egna förmågorna, ett sätt är att som yrkeskunnig avobjektifiera individen. Sedan kan det vara av vikt att personen själv uttrycker behoven; det egna intresset för ett hjälpmedel är nödvändig som en informant menade. Vi anser att den yrkeskunniga måste vara den som hjälper en person med funktionsnedsättningar att först bygga upp en känsla av delaktighet och självförtroende innan självständigheten kan uppnås.

Hjälpmedel anpassade till personer med kognitiva funktionsnedsättningar ökar självständigheten; genom minskade insatser av boendestöd, minskade inläggningar eller inskrivningar på slutenvården. Sett ur ett självständighets- och delaktighetsperspektiv är syftet med dessa hjälpmedel förhållandevis kostnadseffektiva i ett bredare samhällsperspektiv. Ur individens perspektiv kan det minska beroendeställningen och öka den personliga makten och kontrollen. Reed et al. (1995) menar att hjälpmedel borde behandlas som konsumtionsvaror. Vi instämmer i att om diskussionen belyses från ett sådant perspektiv kan utbudet bli mer varierat och individen kan göra självständiga val efter behov. Samtidigt måste det finnas en medvetenhet om att hjälpmedel är ett komplement som aldrig kan ersätta det sociala stödet; mot beaktande att initiativlöshet återfinns som en del i problematiken för många personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Förutom att samhällskostnaderna kan minska med hjälp av hjälpmedel, kan dessa möjliggöra för samhällets resurser att rikta sig till insatser som genererar meningsfull sysselsättning och bryter isoleringen.

Regelbundenhet i samverkan och god insikt i respektive professions kompetens är viktiga för att få helhetssyn på individens situation och för att arbeta mot samma mål i fråga om insatser. Jahlenius (2005) menar att ett hinder för hjälpmedel att ”nä ut” är att samverkan och

samordning inte alltid fungerar tillfredsställande mellan stödsystem. En orsak är, som vi redan nämnt, att målgruppen är lågprioriterad, men inte bara i det medicinska fältet utan även inom socialtjänsten. Samverkan mellan huvudmän är en förutsättning även för självständigheten. Vår bedömning är att de olika kulturerna inom socialtjänst- och sjukhusverksamheterna måste se vinsten med att ändra sina arbetsformer och attityder till varandra. Både de medicinska och sociala aspekterna av individen ska framhållas som lika viktiga.

Paradoxer

Vi har identifierat två paradoxer i studien, en kunskapsparadox och en kostnadsparadox. Kunskapsparadoxen fanns i att kunskapsbristen åsyftas i forskningen som en faktor som tycks påverka tillgängligheten till anpassade hjälpmedel. Men vårt datamaterial pekar på att det inte behöver vara så, våra informanter hade både god och omfattande kunskap samt kännedom om kognitiva hjälpmedel. Vår slutsats är därför att kunskap och kännedom är viktiga faktorer i arbetet med målgruppen, men påverkar *inte direkt* att IT-baserade hjälpmedel når ut till den avsedda målgruppen.

Kostnadsparadoxen fanns i våra intervjuer, där användning av hjälpmedel beskrivs som en samhällsekonomisk vinst på sikt. De antas sänka kostnaden för samhället i form av minskade inläggningar, hjälpmedel kan vara kostnadseffektiva och kostnaden för Handi skulle kunna tjänas in på en veckas inläggning i slutenvården. Å andra sidan återfinns i citaten förskrivnings- och hjälpmedelstraditionen som starkt lutar åt hjälpmedel för fysiska funktionsnedsättningar, den märkbara bristen på förskrivare inom psykiatri och regleringen av förskrivningsbara hjälpmedel; till vilka det finns pengar avsatta men inte för en handdator utan *”till enklare hjälpmedel som almanackor”*.

Analysöversikt

Här presenteras i tabellform en sammanfattande översikt av de analyser som gjorts och de paradoxer som funnits.

Figur 1.

TEMAN				
	Kunskap om målgruppen	Kunskap om hjälpmedel	Kostnad för hjälpmedel	Styrmedel
PERSPEKTIV				
Empowerment	<p>Tydliga definitioner skapar förståelse och gensvar av gruppens problem och behov.</p> <p>Empowerment subjektifierar individen.</p> <p>Ökar integrering av gruppen i samhället.</p>	<p>Hjälpmedel ökar självständighet och delaktighet.</p> <p>Hjälpmedel bygger broar mellan omgivningens krav och individens förmågor.</p>	<p>Kostnad är en inställningsfråga.</p> <p>Empowerment ökar acceptansen för behov.</p> <p>Anpassade hjälpmedel, inte som antas passa.</p>	<p>Lagar som stöd är verktyg för empowerment.</p> <p>Det är skillnaden mellan att hindra eller möjliggöra tillgängligheten till hjälpmedel.</p>
Tillgänglighet	<p>Målgruppen har länge varit eftersatt.</p> <p>Tillgänglighetens år: – är det inte till för kognitiva funktionsnedsättningar?</p>	<p>Mörkertal om förskrivning.</p> <p>Hjälpmedelsbehovet inte fullt aktualiserat.</p> <p>Teknik kan möjliggöra eller försvåra delaktighet.</p> <p>Att synliggöra det osynliga.</p>	<p>Sortimentslistor påverkar.</p> <p>Rättvisare fördelning av hjälpmedelsresurser behövs.</p> <p>Vinst på lång sikt, kostnad på kort sikt.</p>	<p>Hjälpmedel i den socialpolitiska kontexten måste gå hand i hand med individuella behov.</p> <p>Samverkan påverkar tillgänglighet.</p> <p>Fler förskrivare inom psykiatri behövs.</p>
Självständighet	<p>Autonomin stärks och de inneboende resurserna lyfts fram.</p> <p>Självständighet har olika perspektiv: professionens kontra individens.</p> <p>Initiativlöshet är en faktor: det sociala stödet är alltid viktigt.</p>	<p>Psykiatireformens intention har skapat nya behov.</p> <p>Från oberoende till egen makt.</p>	<p>Hjälpmedel som konsumtionsvaror ökar valfriheten.</p> <p>Kostnadseffektivitet, minskar insatser och beroendet.</p> <p>Ökat humankapital.</p>	<p>Regularitet i samverkan ger helhetssyn.</p> <p>Samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för självständigheten.</p> <p>Socialtjänst- och sjukhusverksamheter måste ändra sin attityd till varandra.</p>

Tabellen är en översikt över den analys vi har gjort av det empiriska materialet. Den visar vad de centrala begreppen empowerment, tillgänglighet och självständighet handlar om i förhållande till kunskap om målgruppen, kunskap om hjälpmedel, kostnadsfrågan och de olika styrmedlen.

Figur 2.

PARADOXER		
	Kunskapsparadox	Kostnadsparadox
PERSPEKTIV		
Empowerment	<p>Ökad kunskap ställer individens behov i fokus.</p> <p>Men hjälpmedel tilldelas efter vad som antas passa och vad som redan finns.</p>	<p>IT-baserade hjälpmedel som handdatorer är å ena sidan en samhällsekonomisk vinst, å andra sidan alltför dyra.</p> <p>Vinståtgärder kan istället generera meningsfulla processer.</p>
Tillgänglighet	<p>Forskningen visar: brist på kunskap påverkar tillgängligheten.</p> <p>Vårt resultat visar: den påverkar inte direkt tillgängligheten.</p>	<p>Kostnad för nya hjälpmedel skapar ett dilemma.</p> <p>Kostnad ska inte vara en faktor som påverkar förskrivning. Men avsatta pengar är endast till enklare hjälpmedel.</p>
Självständighet	<p>Det egna intresset för ett hjälpmedel är viktigt för att det ska hjälpa. Samtidigt måste den yrkeskunniga kunna lotsa individen till hjälpmedlen.</p>	<p>Med lagarnas hjälp kan frågan om hjälpmedel förankras hos biståndsbedömare.</p> <p>Vårt resultat visar dock en försiktighet att aktivt använda lagarna.</p>

Tabellen visar de identifierade paradoxer och dess innebörder relaterade till de teoretiska perspektiven.

Konklusioner

De konklusioner vi drar från vår studie är följande:

- God samverkan mellan stödsystemen skapar förutsättningar för en helhetssyn så att broar kan byggas mellan individens förmågor och omgivningens krav
- Kunskap och kännedom om psykiska funktionsnedsättningar är viktiga, men inte avgörande, element för att öka tillgängligheten till hjälpmedel
- Inställningen till kostnaden för IT-baserade hjälpmedel kan vara en faktor som påverkar i vilken utsträckning dessa förskrivs
- Det finns en stor brist på förskrivare inom psykiatrin, en ändring av tillståndet skulle öka statusen och ändra förskrivningstraditionen, så att insatser i form av hjälpmedel riktade till personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan ske i högre utsträckning
- Empowerment i socialt arbete kan, om det integreras i insatserna, avobjektifiera makten i det annars så asymmetriska mötet mellan individen och stödsystemet

9 – DISKUSSION

Syftet med vår uppsats har varit att ta reda på om faktorer som kunskap och kännedom om de kognitiva problem som personer med psykossjukdom möter, är avgörande för att öka tillgängligheten till hjälpmedel som följer teknikutvecklingen i samhället. Vi fann att dessa faktorer var självklart viktiga, men inte helt avgörande. Däremot fann vi att kostnad verkar vara ett hinder. Vi har hela tiden under uppsatsprocessen tänkt på att behovet av en rullstol är självklar. Vi har frågat oss, kanske fördomsfullt, vad det är för skillnad på att förskriva ett IT-baserat hjälpmedel och en rullstol? Även om vårt resultat visar att alla informanter tycker att Handi är ett dyrt hjälpmedel, kunde vi i slutfasen identifiera fyra typer av inställningar till den typen av hjälpmedel: innovatörer, efterföljare, nejsägare och avvaktare.

Tillgänglighetens år 2010 avser att eliminera alla de hinder som skapas i omgivningen och som hindrar personer med funktionsnedsättning att vara lika delaktiga som alla andra. Där finns innovatörerna och efterföljarna som vill avveckla hindren i det offentliga rummet. Men samtidigt tycks idéerna främst gälla för, låt oss kalla dem arkitektoniska lösningar. Var i frågan om tillgänglighet finns lösningarna för problematiken med kognitiva funktionsnedsättningar? Utvecklingen av tekniken i samhället är både på gott och ont för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kim, en av våra informanter, ville att det skulle föras en reflektion över tekniken. *”Vad kan man göra för brukaren?”* frågade Kim sig och syftade på att även om det är intressant med innovation och tekniska under så kan det vara värt att stanna upp och fundera på om tekniken passar alla. Vi drar slutsatsen att Kim kanske är lite av en avvaktare, men poängen som Kim framför är betydelsefull. Tiden är snabb idag, liksom utvecklingen. Att ha tillgång till elektroniska biljettsystem är praktiskt för somliga, men ett oöverstigligt hinder för andra. Seelman (1993) för en intressant diskussion om äganderätten till teknologin i samhället, liksom över vem som har tillgång till hjälpmedlen. Seelman (1993) knyter frågan om hjälpmedel till aspekter av rättvisa och dessa rör ett centralt ämne för vår studie: vi måste fundera på om hjälpmedel anpassas till alla former av funktionshinder och funktionsnedsättningar eller bara till några få utvalda. Frågan gäller i högsta grad utformningen av miljön, både för känslan av delaktighet och för känslan av tillgänglighet till *hela* omgivningens eller samhällets olika rum.

Två tydliga paradoxer har identifierats i vår studie, den ena rör kunskap och den andra kostnaden. Kunskapsparadoxen befinner sig nära den tradition och de fördomar som funnits inom medicin om psykiatrin, om att kvalificerad kompetens och kunskap inte skulle ha

samma höga nivå som inom den övriga vårdapparaten. Detta har skapat en kultur och en vana inom psykiatrin som gör att man ännu inte positionerar sig tillräckligt. Vi tänker att det är viktigt att statusen höjs. Att fortsätta ta initiativ och ansvar för målgruppens framtida utveckling är ett sätt. Men även att ta tillvara på den kunskap som finns inom professionen i dess fulla potential. En starkare och kraftfullare positionering skulle ge psykiatrin den styrka och auktoritet som behövs för att ställa krav för målgruppen, så att den får samma tillgång till de resurser som samhället erbjuder andra grupper. Jahlenius (2005) ser förskrivningsprocessen som ett hinder för hjälpmedel att bli mer tillgängliga. Fastställda sortimentslistor lämnar föga plats för individuella behov. Behov som, i relation till hjälpmedel, bör anta ett humanitärt perspektiv (ibid.). Med det i åtanke menar vi att kognitiva hjälpmedel är lika viktiga förutsättningar som en rullstol är för en person med en fysisk funktionsnedsättning; detta kan vara skillnaden mellan att *vara* i samhället och att kunna *leva* i det.

Kostnadsparadoxen misstänker vi beror till viss del på att den position som psykiatrin befinner sig i, gör att det kan gynna vad vi anser är en närmast självuppfyllande profetia. Rädslan för handdatorns prislapp gör att perspektivet på dess möjliga potential går förlorat i en inbillad kostnadsfråga. Tillstånd som depression eller ångest är inte lika kvantitativt mätbara som högt blodtryck eller diabetes. Sätter vi kostnader för fysiska hjälpmedel i relation till kognitiva hjälpmedel som till exempel en handdator, så ifrågasätter vi varför det i vår studie uppfattas som så dyr. En av våra informanter som är förskrivare menade ju att även om Handi kostar förhållandevis mycket, så är det också en kostnad som betalar sig relativt snabbt i jämförelse med vad en inläggning i slutenvården kostar per dygn. En annan påtalade att användning av hjälpmedel kan ses som en samhällsekonomisk vinst. Sett ur ett makroperspektiv kan den ekonomiska aspekten av hjälpmedel ge en tydlig vinst, vi tänker på den aktuella diskursen i politiken där frågor som arbetslinjen eller mottot ”alla ska med” finns långt fram på dagordningen. Växande förutsättningar av tillgänglighet till samhället för *alla* kan inte resultera i annat än att även det viktiga humankapitalet ökar. Vi ser många vinster med ett IT-baserat hjälpmedel som en handdator, inte bara samhällsekonomiska utan även för individen. Kostnaden för hjälpmedel, som bland annat underlättar för möjligheten att få sysselsättning, och som kan öka individens förutsättningar att leva i samhället genom ökad självständighet, tillgänglighet och delaktighet, är i jämförelse försumbar.

Förslag till vidare forskning

- Vi önskar att hjälpmedelsfrågan studeras mer ingående ur de samhällsvinster som uppstår.
- Att tydligare empowermentinriktade arbetsmetoder används som ser till personliga behov, aspekten av självständighet och som tar tillvara de inneboende resurserna av egen makt och kontroll över det egna livet. På så sätt skulle frågan om hjälpmedel inte behandlas på ett homogent sätt där individen får de hjälpmedel som finns att tillgå eller antas passa.
- Vidareutveckling av samverkan mellan socialtjänst och slutenvård. Vi tror att det skulle skapa förutsättningar för gemensamma arbetsmetoder och möjliggöra statushöjning och starkare positionering av psykiatrifrågorna. Vi föreslår redskap som används för utveckling av samverkan. Arbetslivsinstitutet har utvecklat flera metoder under samlingsbegreppet Moveit. Enkätmetoder, interventions- och involveringsstrategier, självadministrerad direktmätning med feedback är några exempel på metoder (Åteg et al, 2005). De kan användas för att bland annat skapa grunder för kreativitet och förmåga till förnyelse hos individerna och på arbetsplatsen.
- Forskningskraften borde riktas på att undersöka hur kunskap och information ska kunna tillämpas och integreras i sin fulla potential. Vi menar att det inte är vidden av utbildningar och kunskapsnivåer som ska mätas bland yrkeskunniga som arbetar med personer som har kognitiva funktionsnedsättningar. Vårt material visade att kunskapen och kännedomen finns i hög grad bland enhetschefer, boendestödjare, förskrivare osv., liksom kompetens och viljan att arbeta för målgruppens bästa. Det handlar snarare om på vilka sätt den källan av kunskap och kunnande används.
- En komparativ studie mellan de Skandinaviska länderna eller inom EU menar vi vore intressant. Hur arbetar våra grannar med personer som har kognitiva funktionsnedsättningar? Hur behandlar de hjälpmedelsfrågan? Kanske kan det skapa fruktbara samarbetsformer och förnyade idéer för hur hjälpmedelsfrågan. Så att den kan utvecklas i riktning mot tillgänglighet och delaktighet för *alla*, även för de som bär på osynliga hinder.

Källförteckning

Askheim, P. O. & Starrin, B. (2007). Empowerment – ett modeord?. I P. O. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s 9-17). Malmö: Gleerups.

Axell, G. (2010). Tillgänglighetens år 2010. *Smålandsposten*, 2010.

Beijer, E. (2009). Något att hålla i handen. *FORUM*, 2009 (2): 16. Forskning och Utveckling i Väst, GöteborgsRegionen.

Blomquist, U.-B. & Hammarskiöld, G. (2005). *Vägar till hjälpmedel och samhällsstöd för personer med funktionshinder*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Blomquist, U.-B. (2006). *Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel under de senaste tre åren – en kartläggning genomförd oktober - november 2005*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Cook, A. M. & Polgar, J. M. (2008). *Cook & Hussey's Assistive Technologies. Principles and Practice*. 3:e upplagan. Missouri: Mosby Elsevier.

Cromvall, A., Eliasson, F. & Jahlenius, L. (2007). *IT-baserade hjälpmedel, bostadsanpassning och personlig assistans*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Dalen, M (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.

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

Grimby, G., Harms-Ringdahl, K., Morgell, R., Nordenskiöld, U. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2005). ICF – Klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd. Ett internationellt utvecklingsarbete. *Läkartidningen*, 2005: 37 (102): 2556-2559.

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

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s 91-128). Lund: Studentlitteratur.

Lerner, T. (2009). Nu har Tomas bättre koll på sin vardag. *Dagens Nyheter*, 2009.

LoPresti, E. F., Mihailidis, A. & Kirsch, N. (2004). Assistive technology for cognitive rehabilitation: State of the art. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2004: 14 (1/2): 5–39.

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

Løken, K. H. (2007). "Svaga röster ska också höras" – brukarmedverkan inom den psykiska hälso- och sjukvården. I P. O. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s 153-167). Malmö: Gleerups.

Lööf, D. (2005). Informationssökning. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s 347-366). Lund: Studentlitteratur.

Moula, A. (2009). Samtal i empowermentorienterat socialt arbete. I A. Moula (Red.), *Empowermentorienterat socialt arbete*. (s 119-134) Malmö: Gleerups.

Nationalencyklopedin (1996). Göteborg: Språkdata Göteborg och Bokförlaget AB.

Payne, M. (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Reed, B. J., Fried, J. H. & Rhoades, B. J. (1995). Empowerment and Assistive Technology; The Local Resource Team Model. *Journal of Rehabilitation*, 1995: 61 (2): 30-35.

Rønning, R. (2007). Brukarmedverkan och empowerment – gammalt vin i nya flaskor? I P. O. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s 33-47). Malmö: Gleerups.

Seelman, K. D. (1993). Assistive Technology Policy: A Road to Independence for Individuals with Disabilities. *Journal of Social Issues*, 1993: 49 (2): 115-136.

Socialdepartementet (2009). *Uppdrag att sprida kunskap om och utveckla hjälpmedel till personer med psykisk funktionsnedsättning samt uppdrag att utbetala medel*. Regeringsbeslut 1:8, 2009.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (2003). Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Vilka processer inom samhällsutvecklingen påverkar möjligheterna att uppnå de handikappolitiska målen? – En omvärldsanalys*. Skrivelse. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2010 – stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Slutgiltig version ges ut i tryckt under slutet av 2010.*

Statens Offentliga Utredningar (1992). Psykiatriutredningen. SOU 1992:73. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens Offentliga Utredningar (2004). *Hjälpmedel*. Betänkanden av LSS- och hjälpmedelsutredningen. SOU 2004:83. Stockholm: Fritze.

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

Statens Offentliga Utredningar (2008). *Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning*. Slutbetänkande av LSS-kommittén. SOU 2008:77. Stockholm: Fritze.

Sullivan, J. & Gorman, A. (2006). Extending the caregiver network: remote support systems for people with cognitive disabilities living in the community. *CHI 2006 Workshop report on Designing Technology for People with Cognitive Disabilities, Montreal, Quebec*. CHI. 2006:1-4.

Svenska Akademiens Ordlista (2006). Stockholm: Svenska Akademien.

Tengqvist, A. (2007). Att begräsa eller skapa möjligheter – om centrala förhållningssätt i empowermentarbete. I P. O. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori och praktik* (s 76-89). Malmö: Gleerups

Torkel, G. (2007). *Sveriges rikes lag*. Stockholm: Nordstedts juridik AB.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Västra Götalandsregionen (2009). *Regionalt vårdprogram 2009. Upptäckt, diagnostik och behandling av tidig psykos*.

Watt Boolsen, M. (2007). *Kvalitativa analyser. Forskningsprocess, människa, samhälle*. Malmö: Gleerups.

Åteg, M., Andersson, I-M. & Rosén, G. (2005). *Moveit. Motivations- och engagemangsskapande metoder i arbetsmiljöarbetet*. Stockholm: Arbete och Hälsa.

Internet

http://www.handitek.se/versioner_och_apparater/&catName=handi, 2010-03-10.

http://www.handitek.se/pa_gang/&catName=handi, 2010-04-03.

<http://www.helagotland.se/gt/artikel.aspx?articleid=5374950>, 2010-03-23 (publicerat 2009-07-01).

<http://www.hi.se/sv-se/Publicerat/Funktionsnedsattning/Kognitiva-funktionsnedsattningar/09322/>, 2010-03-10.

<http://www.hi.se/sv-se/Pressrum/Pressmeddelanden-2009/Vad-vet-politiker-och-socialchefer-om-hjalpmedel-for-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning/>, 2010-03-31.

www.hi.se/sv-se/Arbetsomraden/Projekt/hjalpmedelifokus/, 2010-04-13.

<http://www.nordicwelfare.org/?id=119055>, 2010-03-23 (publicerad 2009).

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/2/Psykiatri-Sahlgrenska/Psykossektionen/AIR---Arbetsinriktad-rehabilitering/Hjalpmedel/>, 2010-02-21.

<http://www.socialstyrelsen.se/halso-ochsjukvard/sjukdomar/psykisksjukdom>, 2010-03-15.

<http://www.socialstyrelsen.se/halso-ochsjukvard/sjukdomar/endokrinasyjukdomar/diabetes>, 2010-03-15.

<http://www.socialstyrelsen.se/tillsynforgodhalsa-vardochomsorg/vanligaiakttagelser/socialtjanst/funktionshinder>, 2010-03-26.

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/tillsynavkommunernasinsatsertillpersonermedpsykiskfunktionsnedsattning>, 2010-03-26.

<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>, 2010-03-15.

<http://www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Handbok-for-forskrivning-av-personliga-hjalpmedel/Produktanvisningar/Kognitivt-stod-och-kommunikation/22-Kommunikation-och-information-/2290-Hjalpmedel-for-kognitivt-stod/229003--Kognitivt-bildstod-for-utforande-av-dagliga-livets-aktiviteter/>, 2010-03-29.

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Funktionshinder-och-och-funktionsnedsattning/>, 2010-04-19.

Muntliga källor

2010-02-19: Boendestödjare. *Initierade informationsträff*

2010-02-25: Birgitta Magnusson, huvudaktör i AIR-projektet. *Initierade informationsträff*

2010-03-17: Kostnadsansvarig. *Intervju*

2010-03-19: Enhetschef. *Intervju*

2010-03-23: Enhetschef. *Intervju*

2010-03-24: Enhetschef. *Intervju*

2010-03-25: Enhetschef. *Intervju*

2010-03-25: Arbetsterapeut. *Intervju*

Övriga källor och korrespondens

2010-03-18: Professor Katherine D. Seelman. School of Health and Rehabilitation Sciences. University of Pittsburgh, USA. *Mejlkontakt*.

2010-03-31: Lennart Lundin, sektionschef på Sahlgrenska Universitetssjukhusets Psykossektion. *Mejlkontakt*.

Bilaga 1.

Informationsbrev:



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Hej vi är två studenter från Institutionen för Socialt Arbete vid Göteborgs Universitet, som arbetar med vår C-uppsats under vårterminen 2010.

Du får detta informationsbrev i egenskap av förskrivare, enhetschef, eller kostnadsansvarig, i en av de stadsdelar som deltagit i AIR-projektet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

En annan viktig aspekt är att vi tror att du är en av flera viktiga nyckelpersoner i det som rör tillgängligheten och kännedomen om hjälpmedel för kognitiva funktionsnedsättningar.

Vi ska skriva om hjälpmedel riktade till personer som utifrån en psykosjukdom har fått kognitiva funktionsnedsättningar. Det är i kontakt med Birgitta Magnusson på AIR-projektet som vi har fått kontaktuppgifter på dig.

Vi kommer att belysa vårt arbete utifrån delaktighet, självständighet och tillgänglighet och syftet är att undersöka vilken kunskap som finns om hjälpmedel till avsedda målgrupp.

Vi undrar om du genom att delta i en intervju vill hjälpa oss att samla in material till vår uppsats. Intervjuerna kommer att utföras mellan vecka 10 och vecka 12.

Vi är medvetna om att vi når ut till dig med kort varsel men hoppas ändå att du ska vilja delta i intervjun.

Vi bifogar dokument med information om samtycke och intervjuguide, som fungerar som en ram inför intervjutillfället.

Du är välkommen att föreslå en tid som passar dig:

Petra Wählstedt
petra@mail.com
XXXX-XX XX XX

Cecilia Noblíá
cecilia@mail.com
XXXX-XX XX XX

Handledare: Jörgen Lundälv
universitetslektor i socialt arbete, handledare
telefon 031-786 5795
e-post: Jorgen.Lundalv@socwork.gu.se
Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Bilaga 2.

Samtyckesbrev:



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Information om samtycke

Vi heter Petra Wählstedt och Cecilia Noblía och studerar på Institutionen för Socialt Arbete på Göteborgs Universitet. Vi ska skriva om hjälpmedel riktade till personer som utifrån en psykossjukdom har fått kognitiva funktionsnedsättningar.

Undersökningen kommer att publiceras som en C-uppsats vid Göteborgs Universitet och vi vill med detta samtycke informera om att vi följer de forskningsetiska principerna i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning: det är frivilligt att delta i intervjun, du kan när som helst avbryta deltagandet, det insamlade materialet behandlas konfidentiellt.

Vi kommer att skydda din identitet och i de fall vi citerar dig kommer vi att utgå från din yrkesbenämning, inte vilken arbetsplats du tillhör eller vilket namn du har. Vi vill även informera om att intervjuerna kommer att spelas in.

Vi ber dig skriva under samtycket till intervjutillfället!

Underskrift

Namnförtydligande

Är det något du undrar över är du välkommen att kontakta oss:

Petra Wählstedt
petra@mail.com
XXXX-XX XX XX

Cecilia Noblía
cecilia@mail.com
XXXX-XX XX XX

Handledare: Jörgen Lundälv
universitetslektor i socialt arbete, handledare
telefon 031-786 5795
e-post: Jorgen.Lundalv@socwork.gu.se
Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Bilaga 3.

Intervjuguide för enhetschef:



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Vilken tjänst/befattning har du just nu?

Hur många år har du totalt arbetat inom denna tjänst/befattning?

Vad har du för sysselsättningsgrad?

Vem är din arbetsgivare?

Vilken typ av grundutbildning har du?

Har du under tjänst/befattningstiden genomgått olika typer av fortbildning/vidareutbildning?

Kunskap om målgruppen:

Vad har du för erfarenhet/kännedom av målgruppen psykiskt funktionshinder?

Vad har du för erfarenhet/kännedom av personer som pga. psykossjukdom fått kognitiva funktionsnedsättningar?

Känner du till vilka typer av kognitiva problem som målgruppen möter i vardagen?

Kunskap om hjälpmedel:

Vad har du för kunskaper om tillgängliga hjälpmedel till målgruppen?

Kan du benämna några hjälpmedel?

Tror du att förskrivning av hjälpmedel ökar eller minskar kostnaderna för samhället?

Utifrån:

-inskrivning på slutenvård

-medicinering

-självständighet

- delaktighet
- beroendeställning (ex. socialtjänsten)

Tror du kostnad är en faktor som påverkar förskrivning eller beslut?

Betydelsen av kommunikation:

Får du tillräckligt med information om hjälpmedel för psykiskt funktionshinder?

Hur får du informationen till dig och hur för du den vidare?

Hur hittar klienten till rätt instans för att få ett kognitivt hjälpmedel?

Hur tycker du samordningen mellan de olika verksamheterna kring psykiskt funktionshindrade fungerar?

Betydelsen av lagar och reformer:

På vilket sätt tror du att psykiatrireformen har påverkat dina arbetsuppgifter?

Vad tror du den nya SoL om samverkan kommer att innebära för dina arbetsuppgifter?

Använder du dig av någon/några av följande lagar för målgruppen när det handlar om hjälpmedel? På vilket sätt?

LSS?

SoL?

HSL?

Är det något du skulle vilja tillägga som du tycker saknats under intervjun eller övriga synpunkter...?

Bilaga 4.

Intervjuguide för kostnadsansvarig/förskrivare:



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Vilken tjänst/befattning har du just nu?

Hur många år har du totalt arbetat inom denna tjänst/befattning?

Vad har du för sysselsättningsgrad?

Vem är din arbetsgivare?

Vilken typ av grundutbildning har du?

Har du under tjänst/befattningstiden genomgått olika typer av fortbildning/vidareutbildning?

Kunskap om målgruppen:

Vad har du för erfarenhet/kännedom av målgruppen psykiskt funktionshinder?

Vad har du för erfarenhet/kännedom av personer som pga. psykosjukdom fått kognitiva funktionsnedsättningar?

Känner du till vilka typer av kognitiva problem som målgruppen möter i vardagen?

Kunskap om hjälpmedel:

Vad har du förkunskaper om tillgängliga hjälpmedel till målgruppen?

Kan du benämna några hjälpmedel?

Tror du att förskrivning av hjälpmedel ökar eller minskar kostnaderna för samhället?

Utifrån:

-inskrivning på slutenvård

-medicinering

-självständighet

- delaktighet
- beroendeställning (ex. socialtjänsten)

Tror du kostnad är en faktor som påverkar förskrivning eller beslut?

Betydelsen av kommunikation:

Får du tillräckligt med information om hjälpmedel för psykiskt funktionshinder?

Hur får du informationen till dig och hur för du den vidare?

Hur hittar klienten till rätt instans för att få ett kognitivt hjälpmedel?

Hur tycker du samordningen mellan de olika verksamheterna kring psykiskt funktionshindrade fungerar?

Betydelsen av lagar och reformer:

På vilket sätt tror du att psykiatrireformen har påverkat dina arbetsuppgifter?

Vad tror du den nya SoL om samverkan kommer att innebära för dina arbetsuppgifter?

Använder du dig av någon/några av följande lagar för målgruppen när det handlar om hjälpmedel? På vilket sätt?

LSS?

SoL?

HSL?

Kan du göra en uppskattning av hur fördelningen mellan ärendena ser ut: psykiskt funktionshindrade – fysiska funktionshindrade?

Tror du att förskrivning eller beslut skiljer sig åt när det gäller ”osynliga handikapp”?

Är det något du skulle vilja tillägga som du tycker saknats under intervjun eller övriga synpunkter...?