

Förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med demens

Lägesrapport våren 2004



Hjälpmedelsinstitutet

© Hjälpmedelsinstitutet, 2005
Författare: Ulla-Britt Blomquist, Ingela Månsson
Informatör Camilla Axelsson
URN:NBN:se-hi-2005-05301-pdf
Best nr 05301-pdf

Publikationen är endast utgiven i elektronisk form och kan hämtas
som ett pdf-dokument på HIs webbplats, www.hi.se/butik/pdf.
Den kan också beställas i alternativa format från HI

Förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med demens

Lägesrapport våren 2004

Ulla-Britt Blomquist
och Ingela Månsson

Hjälpmiddelsinstitutet

Förord

Kognitiva hjälpmedel till personer med demens är ett område som är relativt nytt och där mer kunskap behöver utvecklas. Hjälpmedelsinstitutet, Demensförbundet och Alzheimerföreningen i Sverige har beviljats pengar från Allmänna arvsfonden för att under tre år genomföra ett projekt ”*Teknik och demens - försöksverksamhet, kunskapsläge och metodutveckling*”. En del i projektet är att ta reda på vilka kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas till personer med demens, samt vilka regler och praxis som tillämpas i de olika landstingen/regionerna och kommunerna.

Denna rapport är en del i att kartlägga området kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Arbetet är genomfört som en C-uppsats i ämnet arbetsterapi, varför den har viss inriktning mot arbetsterapi. Hjälpmedelskonsulenter i samtliga landsting/regioner och kommuner, som har ansvar för kognitiva hjälpmedel till personer med demens, har telefonintervjuats.

Stockholm januari 2005
HJÄLPMEDELSINSTITUTET



Susann Forsberg
Avdelningschef

Sammanfattning

Denna studies syfte var att kartlägga vilka kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas till personer med demenssjukdom för att underlätta det dagliga livet samt vilka regler och praxis som tillämpas i kommuner och landsting. Metoden som användes för datainsamling var enkät via telefonintervjuer med 29 hjälpmedelskonsulenter.

Hjälpmiddelskonsulenterna hade alla ansvar för kognitiva hjälpmedel inom demensområdet och arbetade inom landsting eller kommun. Samtliga landsting i landet som har ansvar för kognitiva hjälpmedel till personer med demens samt de kommuner som har hjälpmedelskonsulenter inom området, ingick i studien.

Resultatet visade att ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna för kognitiva hjälpmedel till personer med demens var mycket olika i landet. Området följer inte övrig ansvarsfördelning och dessa hjälpmedel hanteras inom både Hälso- och sjukvårdslagens och Socialtjänstlagens ramar. Hjälpmedelspolicy och regelverk är behovsriktade och ej diagnosriktade, vilket möjliggör förskrivning av kognitiva hjälpmedel för personer med demens i de flesta landsting. Flertalet av de hjälpmedel som ingick i studien kunde också förskrivas. Den yrkesgrupp som är förskrivare av dessa hjälpmedel är i huvudsak arbetsterapeuter. Hjälpmedel förskrivs i undantagsfall till närstående men det är, förutom personen med demens, de som ofta har stor nytta av hjälpmedlen, t.ex. larm av olika slag.

Det största problemet inom området var att det saknades kunskap i alla led och på alla nivåer och hjälpmedelskonsulenterna fick få frågor inom området. Vårdpersonal, läkare och sjuksköterskor upptäckte inte behovet av kognitiva hjälpmedel, metoder för utprovning av hjälpmedel saknades, det tog lång tid vid förskrivning och området prioriterades inte av ledningspersoner. Hjälpmedlen kan dock, enligt hjälpmedelskonsulenterna, bidra till att personer med demens kan vara självständiga, bibehålla aktivitetsförmågan och känna trygghet och säkerhet.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Bakgrund	5
Demenssjukdom.....	5
Aktivitetsförmåga vid demenssjukdom	6
Hjälpmedel inom demensområdet	6
Etik och hjälpmedel till personer med demens	7
Kunskapsläget om demens och teknik.....	7
Arbetsterapi och hjälpmedel	7
Arbetsterapi teori	7
Förskrivningsprocessen.....	8
Förskrivare, definition.....	8
Hjälpmedelskonsulentens roll.....	9
Hjälpmedelsverksamhet.....	9
Hjälpmedelspolicy och regelverk/ handbok/hjälpmedelsförteckning.....	9
Sortimentslistor	10
ISO-klassificering	10
Syfte och frågeställning	11
Genomförande.....	11
Resultat	12
Policy och regelverk	12
Ansvarsfördelning.....	13
Förskrivningsprocessen.....	14
Bedöma behov av insatser	14
Prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt.....	15
Följa upp och utvärdera funktion och nytta	17
Kognitiva hjälpmedel för personer med demens	18
Kunskap om kognitiva hjälpmedel för personer med demens.....	20
Problem och fördelar med kognitiva hjälpmedel.....	20
Resultatsammanfattning.....	21
Resultatdiskussion	22
Förslag till fortsatta studier	25
Bilagor	33

Bakgrund

Demenssjukdom

Demenssjukdomar räknas till kategorin folksjukdomar. Det finns i Sverige ca 139 000 personer med en demenssjukdom. Risken att drabbas ökar markant med stigande ålder. Vid 80-års ålder har ca 20 % en demenssjukdom och i 90-års ålder ca 40 %. Antalet nyinsjuknade i Sverige är 23-24 000 årligen (2003), varav 67 procent är kvinnor. Det är ca 8 700 personer som har en demenssjukdom och är under 65 år (Socialdepartementet, 2003).

Under senare år har kunskapen om demenssjukdomar och dess konsekvenser ökat. Begreppet demens ska endast användas vid långvarig nedgång (minst ett halvår) av minnet och andra förmågor som att planera, strukturera och orientera sig i tid och rum. Det finns flera olika demenssjukdomar som ger likartade symtom. Demens är ingen enhetlig sjukdom, utan en samling av olika symtom, ett komplex av olika syndrom. Syndromet beror på en hjärnsjukdom som ofta fortskrider och drabbar ett flertal avancerade hjärnfunktioner. Det som kan påverkas är t.ex. minnet, förmågan att tänka abstrakt, orientera sig samt inlärning och omdöme. Men medvetandet finns kvar och personen är medveten om vad som händer. Det är inte heller ovanligt att demenssjukdomen startar med ett förändrat socialt beteende eller minskad lust att göra saker. De vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, blodkärlsdemens och pannlobsdemens (Basun, et al., 2002).

Kliniska undersökningsmetoder och biokemiska diagnosmetoder har utvecklats de senaste åren för att tidigt kunna diagnostisera demenssjukdomar. Detta har lett till att tidiga förändringar och symtom mer och mer kommit i fokus. Det första läkemedlet som avsåg att bromsa sjukdomssymtomen presenterades 1995 och idag finns fyra läkemedel på marknaden i Sverige som har en symtomdämpande effekt som kan bromsa sjukdomsförloppet (Socialdepartementet, 2003).

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen. Den har ett smygande förlopp och börjar vanligtvis med minnessvårigheter. Utöver minnesstörningar uppstår problem med abstrakt tänkande, praktiska vardagsfunktioner och igenkännande. Personlighetsförändringar och psykotiska symptom och exempelvis vandringsbenägenhet kan också förekomma i ett senare skede av sjukdomen (Basun, et al. 2002).

Demenssjukdom är i hög grad relaterad till ålder. Det innebär att många personer med demenssjukdom även har andra sjukdomar och funktionsnedsättningar som t.ex. nedsatt rörelseförmåga, syn och hörsel, yrsel, koordinationsproblem och inkontinens (Basun, et al., 2002).

Demenssjukdomarna har ofta kallats för de närståendes sjukdom. Att vara närstående till en demenssjuk person innebär ofta att vara utsatt för ett hårt tryck och arbete (Socialdepartementet, 2003). Hela familjen drabbas, man måste gå in i nya roller och man måste

ta på sig nytt ansvar – kanske ändra hela sitt livsmönster fysiskt och psykiskt. Eftersom sjukdomen har ett smygande förlopp kan det vara svårt för närstående att förstå vad som drabbat den sjuke (Armstrong, 2003). Närståenderollen glider man ofta in i. Det som till en början var en liten del av livet kan till slut bli det som upptar dygnets alla 24 timmar (Beck-Friis, 1992).

Aktivitetsförmåga vid demenssjukdom

Ett centralt begrepp i arbetsterapi är aktivitet. Arbetsterapins teoretiska modeller utgår från att människan av naturen är aktiv och att utförandet av vardagliga aktiviteter främjar individens hälsa och livskvalitet (Kielhofner, 1998; Mosey, 1986). För personer med demens påverkas aktivitetsförmågan i ett tidigt skede. Ett tidigt symptom vid demens är att personen börjar förlägga saker i en invand miljö vilket kan resultera i ett ständigt letande (Basun, et al. 2002). Personen blir mer beroende av minnesstöd i form av anteckningsböcker, almanackor m.m. Förmågan att uppmärksamma händelser i omgivningen och att organisera och planera aktiviteter försämras liksom förmågan att orientera sig i nya miljöer. Aktiviteter som matlagning, telefoning, sköta ekonomi och medicinering blir allt svårare att klara av. Efterhand ökar behovet av stöd från närstående och/eller insatser i form av hemtjänst, dagvård och gruppboende kan bli aktuellt. I en långt framskriden demenssjukdom bor personen oftast i särskilt boende (Basun, et al. 2002).

Hjälpmedel inom demensområdet

Personer med demens utarbetar olika typer av strategier för att klara av att utföra aktiviteter i det dagliga livet (Nygård & Öhman, 2002) och hittar ofta egna lösningar och strategier för att minska problemen relaterade till tid i vardagen (Nygård & Johansson, 2001). I Nygård & Öhmans (2002) undersökning av personer med Alzheimer använder ett fåtal ”vardagliga” hjälpmedel, t.ex. äggklocka och medicindosett, som stöd för minnet. Olika slag av hjälpmedel har dock länge använts för att kompensera fysiska funktionsnedsättningar och vid omvårdnad av personer med demenssjukdom. Det handlar om traditionella hjälpmedel i form av rullstolar, hygienhjälpmedel, personlyftar m.m. En annan typ av hjälpmedel som också kunnat förskrivas är larm av olika slag, dels aktiva som kräver att personen själv kan aktivera vid behov, dels passiva larm som aktiveras vid en rörelse eller aktivitet, t.ex. larmmatta. Den larmar när personen stiger på larmmattan som ligger under en ”vanlig” matta framför sängen.

Under senare år har också kognitiva hjälpmedel börjat förskrivas i begränsad omfattning för att stödja personens kognitiva förmåga. Kognitiva hjälpmedel definieras *som produkter som är avsedda att kompensera kognitiva svårigheter, t.ex. förmågan att minnas, orientera sig i tid och rum, problemlösningsförmåga, numerisk förmåga och språklig förmåga* (Lindström & Wennberg, 2004). Det kan t.ex. vara almanackor och klockor utformade så att personen kan få en uppfattning om tiden, då de har svårt att förstå vanliga "tidshjälpmedel". När tidshjälpmedel har använts är största effekten att ”veta när” saker och ting ska ske. Motivation och insikt liksom nuvarande och tidigare attityder till tid är också viktiga faktorer att ta hänsyn till. Andra exempel är påminnelsehjälpmedel som stöd för minnet och anpassningar av telefonen som gör det möjligt att fortsätta att använda den (Nygård & Johansson, 2001).

Etik och hjälpmedel till personer med demens

Ett av de vanligaste och tidigaste symtomen som drabbar personer med demens är att de får problem med minnet och då framförallt med närminnet. Det gör att personer med demens inte alltid själva kan vara delaktiga vid t.ex. förskrivning av hjälpmedel utan både förskrivaren och brukaren måste förlita sig på närstående eller vårdpersonals information (Basun, et al. 2002). Risken att som förskrivare och hjälpmedelsföretag ”klampa in för mycket på den personliga integriteten” är något man alltid måste vara medveten om (Starkhammar & Dahlenborg, 2002). En typisk situation där det uppstår etiska konflikter är när man ska installera teknik som förbättrar säkerheten eller när man måste förbigå personens vilja i t.ex. ekonomiska angelägenheter. Fastän närstående/vårdaren handlar för personens bästa är det inte alltid säkert att handlandet är acceptabelt (Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä, 2000).

Kunskapsläget om demens och teknik

I rapporten *Demens och teknik – kunskapsläge och förslag på åtgärder* har Sofia Starkhammar och Inge Dahlenborg sammanfattat pågående och avslutade studier såväl nationellt som internationellt inom området. Rapporten baseras på litteratursökningar och diskussioner med personer med erfarenheter inom området. Kunskapsläget sammanfattas som att det ännu finns relativt lite säkerställd kunskap vad det gäller hjälpmedel för personer med demens och deras närstående. Det konstateras också att under senare år har utvärdering av hjälpmedel och utveckling av teknologi för dessa personer påbörjats i olika studier och samarbetsprojekt men att kunskapen som finns idag dock är svårtillgänglig.

I rapporten diskuterar författarna anledningar till att teknikstöd används i relativt liten omfattning inom demensvården och sammanfattar dem i att:

- Metoder för att bedöma behovet av teknikstöd saknas, liksom vägledning i hur det ska användas.
- Kunskapen om nyttan av teknikstöd brister.
- Kunskap om den utredningsmetodik som finns, är inte spridd.
- Kunskap om erfarenheter av teknikanvändning och om produkter är inte spridd.

Författarna ger också förslag till åtgärder för att öka kunskapen och anser att det är väsentligt att förändra policy och synsätt vid förskrivning av hjälpmedel till personer med demens i en mer positiv riktning. De anser också att det är angeläget att genom information öka kunskapen om teknologins möjligheter inom demensvården samt att utvecklings- och forskningsprojekt initieras för att bl.a. pröva och utvärdera olika hjälpmedel till personer med demens.

Arbetsterapi och hjälpmedel

Arbetsterapi teori

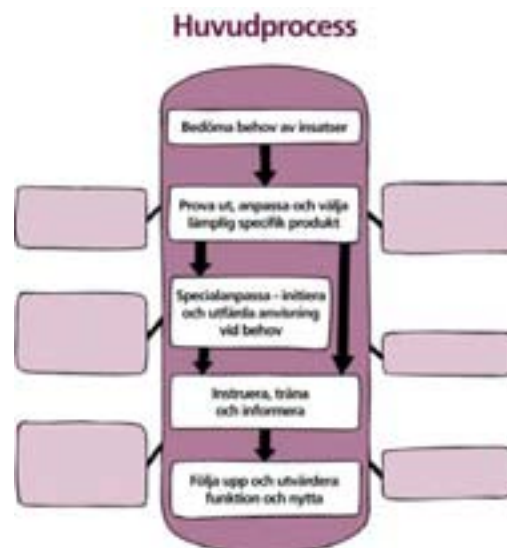
Arbetsterapeuter använder sig av olika modeller och metoder för att komma fram till vilken arbetsterapeutisk intervention som ska genomföras. Occupational Therapy

Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher, 1998, 2002, 2004) är en processmodell för interventionsprocessen i arbetsterapi. Den beskriver ett klientcentrerat arbetssätt där stor vikt läggs vid vem patienten är och i vilket utförandesammanhang patienten befinner sig. Styrkor och svagheter ska identifieras, klienten observeras och handlingar som personen gör och inte gör effektivt beskrivas och anledningen till detta klagöras. Därefter väljs antingen modell för kompensation där hjälpmedel och/eller strategier kan komma in eller modell för återställande, t.ex. träning av aktivitetsutförande. Anne Fisher beskriver (föreläsning 2004) att det första steget, att fastställa det utförandesammanhang där klienten är i centrum, är mycket viktigt för att nå ett bra resultat av en intervention. Hon har identifierat nio dimensioner som är grunden i ett klientcentrerat arbetssätt och fastställande av utförandesammanhang. De nio dimensionerna är: omgivning, klientens roll, motivation, uppgift som klienten ska utföra, kulturella värderingar och vanor, sociala sammanhang som familjeförhållande, samhället och vilka resurser som finns att tillgå, kroppsfunktion enligt ICF (Socialstyrelsen, 2003) samt den temporala dimensionen som hur det varit, hur det är och hur man vill att det ska bli. De nio dimensionerna är väsentliga vid förskrivning av hjälpmedel. Modellen är tillämpbar vid interventionen hjälpmedel till personer med demens bl.a. då det för dessa personer är viktigt att utgå från det utförandesammanhang personen befinner sig i.

När interventionen bedömts vara kompenserande, som t.ex. att förskriva hjälpmedel vidtar förskrivningsprocessens olika steg.

Förskrivningsprocessen

Förskrivningsprocessen består av olika steg. Dessa är behovsbedömning, utprovning, anpassning och val av lämplig produkt, ev. specialanpassning, instruktion, träning och information samt följa upp och utvärdera. I skriften Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder, (Blomquist & Nicolaou, 2003) beskrivs processens olika steg utifrån de författningar som gäller inom området. I skriften betonas vikten av att göra en helhetsbedömning av patientens problem och att förskrivaren har ansvar för att kontakta någon med mer kompetens om man själv inte har tillräcklig kompetens.



Figur 1 --. Från "Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder" av Blomquist & Nicolaou, 2003, Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet. Copyright Hjälpmedelsinstitutet 2000, 2003. Reproducerad med tillstånd.

Förskrivare, definition

Hjälpmedel förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal. Förskrivare är

" den befattningshavare som mot bakgrund av genomförd behovsbedömning, till en namngiven patient, väljer lämplig specifik produkt" (Blomquist & Nicolaou, 2003, s. 20)

Det är enbart hjälpmedel som förskrivs med utgångspunkt från Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763; HSL) som regleras av respektive sjukvårdshuvudmans regelverk.

Hjälpmedelskonsulentens roll

Det finns ca 275 hjälpmedelskonsulenter i Sverige. Huvuddelen, ca 80 % är arbetsterapeuter. Sjukgymnaster, logopedier, sjuksköterskor och enstaka psykologer och specialpedagoger svarar för resterande 20 %. De flesta hjälpmedelskonsulenter arbetar på landstingens hjälpmedelscentraler. Det finns även några kommunala hjälpmedelscentraler som har hjälpmedelskonsulenter anställda (Nicolaou, 2002).

De allra flesta hjälpmedelskonsulenter har ett eller flera produktområden, t.ex. manuella rullstolar, kommunikation eller kognition som ett ansvarsområde. Inom det området arbetar hjälpmedelskonsulenterna konsultativt med att dels ge råd till förskrivare som kan vara anställda i kommunerna, landstingen eller privat arbetsgivare och dels att medverka vid utprovningar av hjälpmedel. De ansvarar och/eller medverkar dessutom i utbildning av förskrivare samt ansvarar för sortimentsgrupper inom sina respektive ansvarsområden. Hjälpmedelskonsulenterna är endast på några få platser själva förskrivare av hjälpmedel. (Hjälpmedelsinstitutet, 2004).

Hjälpmedelsverksamhet

Landstingets och kommunernas skyldighet att erbjuda hjälpmedel till människor med funktionshinder, regleras av hälso- och sjukvårdslagen, 3b och 18b §§ (SFS 1982:763; HSL). Fördelningen av ansvaret för hjälpmedel mellan landstinget och kommunerna är unik i varje län som en följd av Ädelöverenskommelsen 1992 (Blomquist, 2003). I de flesta länen samverkar kommunerna och landstingen¹ i hjälpmedelsfrågor. Olikteterna mellan länen gör dock att det är svårt att få en enhetlig bild av hur ansvarsfördelning för t.ex. kognitiva hjälpmedel ser ut. Kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom är ett nytt område där det på nationell nivå finns en otydlig bild (Socialdepartementet, 2003) av vilka hjälpmedel som kan förskrivas och vem som har ansvar för olika hjälpmedel.

Hjälpmedelspolicy och regelverk/ handbok/hjälpmedelsförteckning

För att konkretisera HSL:s skrivningar om hjälpmedel har vissa landsting tagit fram en specifik hjälpmedelspolicy. Den beskriver en politisk viljeinriktning och utgör en värdegrund i hjälpmedelsfrågor. Hjälpmedelspolicyerna kan vara integrerade i ett handikappolitiskt program eller i ett regelverk (LSS- och Hjälpmedelsutredningen, 2003).

I landets 21 landsting finns någon form av regelverk (LSS- och Hjälpmedelsutredningen, 2003). Regelverket baseras på hjälpmedelspolicyerna, där sådan finns. I de län där kommunerna bedriver hjälpmedelsverksamhet på egen hand finns ytterligare regelverk eller varianter av regelverk. Landstingens och kommunernas benämningar på regel-

¹ Landsting inkluderar de båda regionerna Region Skåne och Västra Götalandsregionen

verken varierar, t.ex. regelverk, handböcker, råd och riktlinjer, hjälpmedelsförteckningar. Här används benämningen regelverk (LSS- och Hjälpmedelsutredningen, 2003).

Regelverken är viktiga styrinstrument för hjälpmedelsverksamheten och dess kostnader. De revideras regelbundet via beslut i politiska nämnder. Regelverken innehåller generella regler, riktlinjer och förutsättningar som gäller för alla typer av hjälpmedel som det egna landstinget tillhandahåller, exempelvis avgifter och dubbelutrustning. Det framgår även för specifika typer av hjälpmedel, t.ex. rollator och kognitiva hjälpmedel mer detaljerade anvisningar för förskrivning av ett hjälpmedel till en enskild person. Lokala sortimentsgrupper har oftast en stor betydelse för att föra fram nya behovsgrupper och/eller nya hjälpmedel (Blomquist, 2003).

Sortimentslistor

Hjälpmedel upphandlas av sjukvårdshuvudmännen. För att kunna bedriva en kostnadseffektiv verksamhet beslutas oftast ett sortiment för frekventa hjälpmedel som lagerhålls och förskrivs när det tillgodoser brukarens behov. För mindre frekventa hjälpmedel beslutas oftast vilket sortiment som i huvudsak ska användas. Begränsningar görs av ekonomiska skäl och för att god kvalitet och service ska kunna upprätthållas. Möjligheter finns att gå utanför det beslutade sortimentet när brukarens behov inte kan tillgodoses. Det beslutade sortimentet återfinns i sortimentslistor eller informeras på annat sätt via de datasystem som används (LSS- och Hjälpmedelsutredningen, 2003).

ISO-klassificering

Både regelverk och sortimentslistor är oftast strukturerade enligt den internationella klassificeringen av handikaphjälpmedel, ISO 9999 (HI, 2003).

Hjälpmedelsinstitutet (HI) genomförde under 2003 en genomgång av landstingens regelverk för området IT-baserade hjälpmedel (LSS- och Hjälpmedelsutredningen, 2003). Syftet var att till den statliga Hjälpmedelsutredningen presentera en övergripande bild av vilka IT-baserade hjälpmedel landstingen/regionerna tillhandahöll enligt sina regelverk. Undersökningen utgick från utvalda ISO-koder som bedömdes innehålla IT-baserade hjälpmedel. Inom dessa ISO-koder förekom några kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom. Det var i de flesta regelverken svårt att utläsa vilka hjälpmedel som tillhandahölls och till vilka grupper. Undersökningen ledde fram till att ytterligare studier behövdes för att kunna ge en riktig bild av vad som kan förskrivas i de olika landstingen.

Inför projektet Teknik och demens var det angeläget att få kunskap om nuläget på området både vad gäller forskning och vilka möjligheter det finns att förskriva hjälpmedel till personer med demens.

Syfte och frågeställning

Studiens syfte var att kartlägga vilka kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas till personer med demenssjukdom för att underlätta det dagliga livet, samt vilka regler och praxis som tillämpas i de olika landstingen/regionerna och kommunerna.

Följande frågeställningar ingick i studien:

Hur är ansvaret i praktiken fördelat mellan landsting och kommuner?

Vem förskriver hjälpmedlen? Förskrivs hjälpmedel till närstående?

Hur uppfattar man att närstående använder hjälpmedel?

I vilket syfte förskrivs kognitiva hjälpmedel?

Bedöms aktivitetsförmågan vid förskrivningen av hjälpmedel?

Genomförande

Kartläggningen av området kognitiva hjälpmedel och demens genomfördes genom enkät (Bilaga 1) som via telefonintervjuer besvarades av hjälpmedelskonsulenter inom området.

Kriterierna för de personer som skulle besvara enkäten per telefon var att de var hjälpmedelskonsulenter i ett landsting eller en kommun med ett ansvar för området kognitiva hjälpmedel inom demensområdet. För att få kontakt med ”rätt” hjälpmedelskonsulent användes en namnlista som HI upprättade under november – december 2003, i syfte att bilda ett nätverk, för alla hjälpmedelskonsulenter inom området kognitiva hjälpmedel som finns i landstingen och kommunerna. Efter kontakter per e-post med förfrågan om man var positiv till medverkan i studien samt att ansvaret för kognitiva hjälpmedel inkluderade området demens, kvarstod 29 personer från den ursprungliga listan. Dessa 29 hjälpmedelskonsulenter har telefonintervjuats.

Samtliga landsting som har ansvar för kognitiva hjälpmedel till personer med demens ingår i undersökningen. I Skåne är ansvaret för dessa hjälpmedel kommunens och de 4 kommunala hjälpmedelsenheter i Kristianstad (HÖS), Helsingborg (Medelpunkten), Malmö kommun och Mednet ingick i studien. Dessutom ingick hjälpmedelsenheten i Uppsala kommun. 24 hjälpmedelskonsulenter arbetade på landstingsdrivna hjälpmedelscentraler och 5 inom kommunala hjälpmedelsenheter. Från Stockholms och Västmanlands läns landsting samt Västra Götalandsregionen har mer än en person intervjuats bl.a. beroende på att området var uppdelat på kognition och kommunikation samt att det finns flera med samma ansvarsområde. I Kronoberg och Värmland har varje kommun ett eget ansvar för delar av kognitiva hjälpmedelsområdet. I undersökningen fanns inte möjlighet att intervjua samtliga kommuner i de länen varför svaren från dessa län endast omfattar landstingets ansvar.

De 29 personer som besvarade enkäten hade samtliga tjänster som hjälpmedelskonsulenter. Av dessa var 28 arbetsterapeuter och 1 sjukgymnast. En av arbetsterapeuterna var dessutom utbildad specialpedagog. De flesta, 17 st, hade mer än fyra års erfarenhet från arbete med kognitiva hjälpmedel. Erfarenheterna från området kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom var betydligt mer varierande. 10 hade mer än fyra års erfarenhet, 13 hade liten erfarenhet och 6 hade ingen erfarenhet. Några av dem utan

erfarenhet hade ansvar för området och svarade för rådgivning om produkter, men hade inte varit med vid utprovningar. För de hjälpmedelskonsulenter som inte hade någon erfarenhet var flera frågor inte möjliga att besvara.

Enkätsvaren har sammanställts och bearbetats kvantitativt och redovisas i form av beskrivande statistik. Där redovisningen sker per landsting redovisas svaren från Västmanland som ett vilket även görs med svaren från Västra Götalandsregionen om de inte avviker från varandra. Övriga svar redovisas per landsting/län respektive kommunal enhet. Alla frågorna i enkäten finns redovisade i avsnittet Resultat. Resultatredovisningen följer dock inte frågornas nummerordning då vi har valt att gruppera frågorna under olika rubriker för att underlätta för läsaren att ta del av resultatet.

Resultat

I redovisningen av resultat från enkäten via telefonintervju har vi valt att gruppera frågorna under rubrikerna: Policy och regelverk, Ansvarsfördelning, Förskrivningsprocessen, Hjälpmedel till personer med demens, Kunskap samt Problem och möjligheter. Det innebär att redovisningen inte följer ordningsföljden i enkäten.

I resultatbeskrivningen är brukare lika med personen med demens och hjälpmedelskonsulenter som intervjuats lika med respondenter.

Policy och regelverk

Resultatet av vår undersökning visade att det fanns en specifik hjälpmedelspolicy hos 16 landsting och 3 av de kommunala organisationerna. Hjälpmedelspolicier innehöll dock endast i fem landsting en specifik skrivning om kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Siffrorna var ungefär desamma när det gällde regelverken. Endast fyra landsting har en specifik skrivning i regelverket om kognitiva hjälpmedel till personer med demens.

Den beskrivning av innehållet i policier respektive regelverk om hjälpmedel till personer med demens var nästan identiska med de anvisningar som tillämpades när det saknades specifik skrivning. En majoritet av hjälpmedelskonsulenter svarade att policier respektive regelverk var behovsriktade och inte utgick från en specifik diagnos. Det var således funktionsnedsättningen och behovet som var avgörande för om man kunde få kognitiva hjälpmedel förskrivna eller inte i de landsting och kommuner som ingick i undersökningen. Vissa särskilda anvisningar fanns dock för särskilda hjälpmedel eller diagnoser, dock ej demens.

I tre landsting och hos två kommunala enheter höll kognitionsområdet eller regelverken på att ses över. I ett län kunde efterfrågade hjälpmedel förskrivas, men det krävdes särskild ansökan för alla kognitiva hjälpmedel till personer med demens och ärendena hade hittills varit mycket få. En person svarade att man säljer de hjälpmedel som efterfrågas och ytterligare en svarade att kognitiva hjälpmedel inte förskrevs alls just nu

på grund av dålig ekonomi. I två län fanns enligt regelverken inte möjlighet att förskriva kognitiva hjälpmedel till personer med demens. I ett av de två länen, planerades genomgång av hela området under innevarande år.

Ansvarsfördelning

I resultatsammanställningen framkom 12 olika kombinationer av vad som styr förskrivansvaret och kostnadsansvaret fördelat på huvudman, boendeform och produkt. Ansvarsfördelningen varierar för olika produkter vilket gör att det är svårt att redovisa detta per län. I tabell 1 redovisas de sex vanligaste kombinationerna.

Det gick inte att få någon enhetlig eller entydig bild av vad som styr vad, om det är huvudmannaskap, boendeform eller produktområde. Ett område som alltid redovisades som kommunens ansvar var trygghetslarm kopplade till en larmcentral. Trygghetslarm, och i några fall även andra aktiva larm, erhöles via biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). De hjälpmedelskonsulenter som inte svarade på frågan redovisas som ej svarat i tabell 1. Hjälpmedelskonsulenter avstod från att svara därför att denna typ av hjälpmedel inte förskrevs eller att de inte hade någon erfarenhet från området. Det gäller också för övriga frågor som redovisas som ”ej svarat” inom områdena förskrivar- och kostnadsansvar.

Tabell 1. Redovisar de vanligaste kombinationerna av vad som styr förskrivansvaret och kostnadsansvaret för olika kognitiva hjälpmedel, antal respondenter som svarat inom produktområdena. Särskilt boende = s bo och ordinärt boende = o bo

Ansvar för förskrivning och kostnader fördelat på huvudmannaskap och boendeform	Tidshjälpmedel	Påminnelsehjälpmedel	Aktiva larm	Passiva larm	Medicindoserare	Telefoneringshjälpmedel	Fjärrkontroll
Kommunen har ansvaret för förskrivning och kostnader i s bo och o bo	6	6	7	10	4	6	4
Kommunen har ansvar för förskrivning i s bo och landstinget i o bo. Kommunen har ansvar för kostnaderna i s bo och landstinget i o bo	1	7	12	8	2	7	5
Kommunen och landstinget har ansvaret för förskrivning och kostnader i o bo och s bo.	2	3	1	1	1	2	2
Landstinget har ansvaret för förskrivning och kostnader i s bo och o bo	2	2				3	5
Kommunen och landstinget har ansvaret för förskrivning i s bo och o bo. Landstinget har ansvaret för kostnaderna i s bo och o bo	4	3				1	3
Kommunen ansvaret för förskrivning i s bo och o bo och landstinget i o bo. Kommunen har ansvaret för kostnaderna i s bo och landstinget i o bo		1	1	2		1	1
Ej svarat	5	5	8	8	22	8	9

Hjälpmedelskonsulenter ansåg att en bra ansvarsfördelning av förskrivansvar innebar att förskrivaren fanns nära brukaren, att förskrivar- och kostnadsansvaret fanns hos

samma huvudman och att det fanns förskrivare som hade kompetens och gick utbildningar. Det var inte bra när förskrivansvar och kostnadsansvar fanns hos olika huvudmän. Det innebar att det fanns otydligheter för både förskrivare och brukare och att handläggningen var omständlig. Det var inte heller bra att bedömningarna blev olika beroende på förskrivarens kompetens och vem som var huvudman.

Hjälpmiddelskonsulenter ansåg att det ur fördelningen av såväl förskrivare- som kostnadsansvar var ett problem att det fanns två huvudmän. Det fanns en risk att ingen huvudman tog ansvaret, att handläggningstiden fördröjdes och att många förskrivare knappt visste om sitt ansvar att förskriva kognitiva hjälpmedel och att förskrivarna inte heller hade kompetens. Flera ansåg att det borde vara en huvudman för att få en helhet och att man då också skulle kunna specialisera sig mer. Man tyckte också att olikheter mellan kommunerna störde och att kostnadsansvariga inte hade förståelse för kognitiva området. Gemensam nämnd tyckte hjälpmiddelskonsulenter var bra och att förskrivansvar och kostnadsansvar fanns hos samma huvudman.

Förskrivningsprocessen

Under rubriken förskrivningsprocessen har de frågor som bedömts vara en del av denna samlats. Det innebär att resultatet av frågorna 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 och 16 i enkäten redovisas under denna rubrik. Underrubriker är stegen i förskrivningsprocessen. Stegen *Ev specialanpassning* och *Instruera, träna och informera* saknas då det inte fanns några frågor i enkäten som var inriktade på dessa. I detta avsnitt har inte svaren fördelats per landsting utan anges i antal.

Bedöma behov av insatser

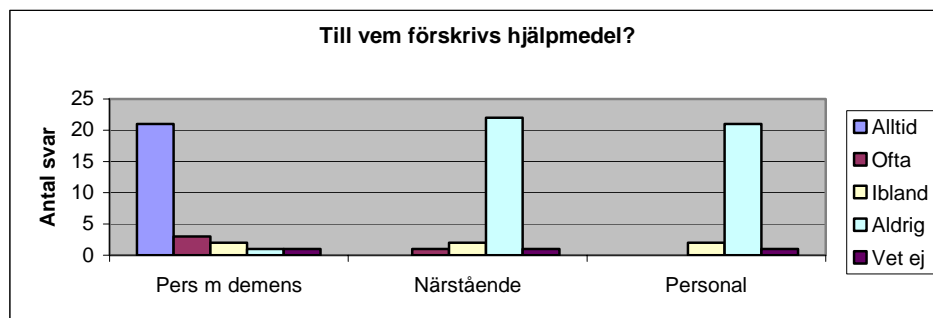
När kognitiva hjälpmedel förskrivs till personer med demenssjukdom svarade knappt hälften av hjälpmiddelskonsulenter att förskrivaren bedömde aktivitetsförmågan och hälften av dem visste inte om det gjordes. Anledningen att så många inte visste, var att hjälpmiddelskonsulenter inte själva är förskrivare och därmed inte de som gör bedömningen av behovet av kognitiva hjälpmedel till personer med demens.

Ett fåtal av hjälpmiddelskonsulenter kunde svara på om något specifikt instrument användes vid bedömning av aktivitetsförmågan. De instrument som angavs och som användes helt eller delvis var Assessment of Motor and Process Skills, AMPS (3) och ADL-taxonomin (2). Övriga instrument som nämndes var Functional Independence Measure, (FIM), Mini Mental Test, (MMT), Neurobeteende vid kognitiv statusundersökning, (NKSU – kognitionsstatus), Grepp om livet och Grepp om tiden. Hjälpmiddelskonsulenter uppgav att det saknas ett bra instrument som kan användas och därför får man plocka från olika.

Hjälpmedel behöver introduceras till personer med demens medan de har möjlighet att lära sig något nytt. Det är därför viktigt att komma in vid rätt tidpunkt i demenssjukdomens skede. Huvuddelen av hjälpmiddelskonsulenter svarade att hjälpmedel inte förskrevs i rätt sjukdomsskede och samtliga av dem ansåg att hjälpmedel kommer in för sent. Anledningarna till detta angavs vara:

- Diagnosen ställs för sent. Nyinsjuknade idag har dock bättre förutsättningar. Vid diagnostisering lämnas ingen information om hjälpmedel.
- Närstående skäms. Försöker ”skydda” sin anhörige och förnekar att det finns problem.
- När hjälpmedel är aktuellt är ofta den närstående helt slutkörd. Det är ofta ett larm som är första kontakten och då är det för sent med andra hjälpmedel
- Kunskapen saknas hos bl.a. hemtjänstpersonal och demenssjuksköterskor. Det finns därmed ingen som fångar upp behovet.
- Det kan vara svårt att få ”sanktion” av chefer att arbeta med dessa hjälpmedel.

I vården och omsorgen om personer med demens är närstående och personal mycket involverade och de som förutom personen med demenssjukdom kan ha behov av att få hjälpmedel förskrivna. Av nedanstående figur framgår att hjälpmedel alltid eller ofta förskrivs till personen med demens men syftet med hjälpmedlet kan ändå vara att avlasta närstående eller personal.



Figur 2. Vilken person som hjälpmedel förskrivs till

Prova ut, anpassa och välj lämplig specifik produkt

Hjälpmedelskonsulenterna är sällan förskrivare av hjälpmedel. Av den anledningen tillfrågades de om sin uppfattning om i vilket syfte kognitiva hjälpmedel förskrivs till personer med demens. Det fanns fem alternativa syften samt en möjlighet att lägga till annat syfte. Varje syfte besvarades med ja, nej eller vet ej. I tabellen nedan har svaren rangordnats i frekvens utifrån ja-svaren.

Tabell 2. Rangordning i frekvens av svaren i vilket syfte kognitiva hjälpmedel förskrivs.

Syfte	Ja	Nej	Vet ej	Ej svar	n
Öka tryggheten/säkerheten	26		3		29
Stöd för minnet	26		2	1	29
Öka självständigheten	24	1	3	1	29
Möjliggöra kvarboende	24		5		29
Öka aktivitetsförmågan	21	3	2	3	29

Resultaten av enkäterna via telefonintervjuer visade att det fanns samband mellan de olika syftena som angavs. Flera av de intervjuade uttryckte att ett hjälpmedel som gav

stöd för minnet möjliggjorde en ökad aktivitetsförmåga och självständighet. Även hjälpmedel för trygghet och säkerhet kunde bidra till ökad aktivitetsförmåga och självständighet och samma hjälpmedel kunde också bidra till att man kunde bo kvar hemma.

Att öka tryggheten/säkerheten var det vanligaste syftet. De exempel som angavs i de öppna frågorna var framförallt larm, vilka kunde vara både aktiva och passiva larm. De gav såväl personen själv som närstående en trygghet. Tidshjälpmedel ökade tryggheten att veta vilken tid på dygnet det var och när t.ex. hemtjänstpersonal skulle komma. Flertalet påpekade dock att larm av olika slag kunde innebära en falsk trygghet.

Det näst vanligaste syftet att förskriva hjälpmedel till personer med demens var som stöd för minnet. Hjälpmedel som omnämndes var tid- och planeringshjälpmedel som t.ex. Sigvart dagplan, fickminne, Förgätmigej, Kom ihåg klocka, bildstöd och enkla hjälpmedel som dukningstabletter. I princip samma hjälpmedel angavs också för att öka självständigheten, men även telefoneringshjälpmedel och medicinpåminnare nämndes.

Som exempel på hjälpmedel för att möjliggöra kvarboende var larm av olika slag. Att öka aktivitetsförmågan var ofta en följd av de hjälpmedel som förskrevs. Det kunde vara hjälpmedel med en påminnelse om att starta eller avsluta en aktivitet, vilket bidrog till att man under längre tid kunde behålla förmågan och ett ansvar för att utföra vissa aktiviteter.

När hjälpmedel förskrivs till personer med demens påpekades att syftet och målet så långt som möjligt måste diskuteras med personen själv. Personen måste, så långt det är möjligt, vara delaktig i besluten. Det framfördes också att personer i närmiljön är minst lika viktiga inom detta område och att metodiken är väsentlig.

Hjälpmedelskonsulenter tillfrågades om ett syfte med ett hjälpmedel kunde vara att ersätta mänskliga resurser. Frågan var formulerad om hjälpmedelskonsulenter kände till om hjälpmedel förskrevs för att ersätta mänskliga insatser. Att ersätta mänskliga insatser kunde enligt de exempel som gavs vara både positivt och negativt. Ungefär en tredjedel svarade att hjälpmedel förskrivs för att ersätta mänskliga insatser. Som ett positivt exempel nämndes medicinpåminnaren, vilken kan göra att man kan klara sig själv om man vill det, eller att personalens besök kan minskas från tre till ett per dag. Andra exempel är påminnelsehjälpmedel och tidshjälpmedel som kan göra personen lugnare och minska "tjat" eller telefonsamtal till anhöriga. Kan man klara sig själv behålls friheten. Larm av olika slag ersätter ibland "vaken" personal då fönster och/eller dörrar kan larmas. Under förutsättning att larmen sätts in i samråd med personen med demens är detta positiva exempel.

Exempel på när hjälpmedelskonsulenter angav att det varit negativt att ersätta mänskliga insatser med hjälpmedel var färre till antalet. Exempel gavs på att larm kan vara positivt som ovan beskrivits men att en dörrvakt kan vara frustrerande för brukaren om denne inte förstår vad som händer. Även ett talande påminnelsehjälpmedel kan vara

negativt till oroliga brukare som kanske trycker hela tiden för att lyssna av meddelandet så att de inte missar det som ska göras eller hända.

Arbetsterapeuten är den som nästan alltid är förskrivare av kognitiva hjälpmedel till personer med demens, enligt hjälpmedelskonsulenterna. I tabell 3 redovisas resultatet av hjälpmedelskonsulenternas uppfattning om vilka yrkeskategorier som förskrivit de hjälpmedel som man känner till och vad regelverket anger som möjliga förskrivare. Några ytterligare yrkeskategorier än de vi föreslagit som förskrivare angavs inte.

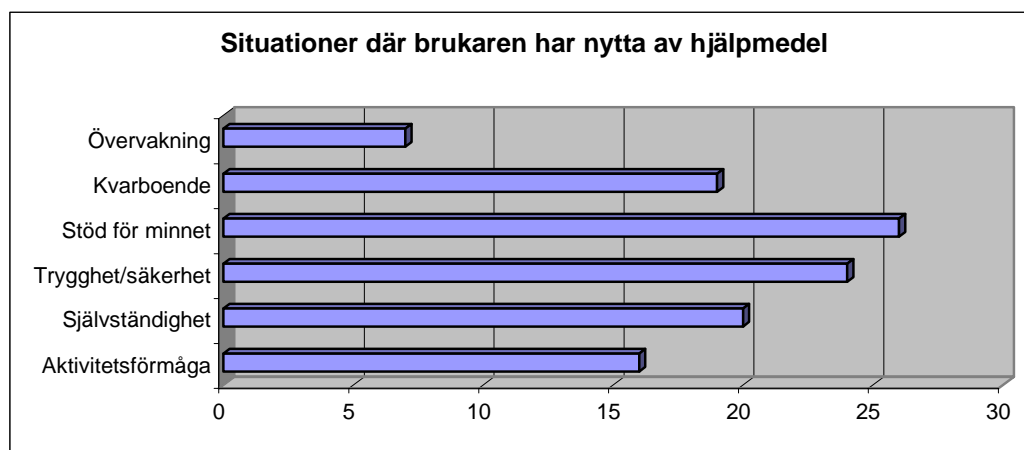
Tabell 3. Redovisning av vilka yrkeskategorier som förskriver kognitiva hjälpmedel.

Yrke	Alltid	Ofta	Ibland	Aldrig	Vet ej	Ej svar
Arbetsterapeut	20	5	1	1	2	
Sjuksköterska	1		2	22	2	2
Logoped			5	18	4	2
Läkare				24	3	2

Följa upp och utvärdera funktion och nytta

Hjälpmiddelskonsulenterna var inte själva förskrivare men betonade att uppföljning av förskrivna hjälpmedel är väsentlig inom detta område. Deras uppfattning om uppföljning av förskrivna hjälpmedel var att 14 av de intervjuade ansåg att förskrivna hjälpmedel till personer med demens alltid eller ofta följs upp och att det är förskrivaren som gör det. Endast 3 svarade att uppföljning aldrig sker.

26 hjälpmedelskonsulenter ansåg att det är personen med demens som har den största nyttan av förskrivna hjälpmedel inom detta område. Nästan lika många ansåg att även närstående har nytta av hjälpmedlen och något färre att personal också har det. Situationen där en person med demens har mest nytta av kognitiva hjälpmedel ansågs vara som stöd för minnet och minst nytta som övervakning. Fördelning av övriga situationer där hjälpmedel ansågs vara till nytta framgår av tabellen nedan.



Figur 3. Hjälpmedelskonsulenters syn på i vilka situationer personer med demens har störst nytta av kognitiva hjälpmedel.

Kognitiva hjälpmedel för personer med demens

Hjälpmedelskonsulenterna tillfrågades om det fanns möjlighet att förskriva kognitiva hjälpmedel till personer med demens och i så fall vilken typ av produkter som kunde förskrivas. De kognitiva hjälpmedlen var valda och grupperade utifrån aktivitetsområden som personer med demens ofta har svårigheter med och där anhöriga efterfrågar stöd. De kognitiva hjälpmedlen grupperades i: Tidshjälpmedel/planeringshjälpmedel, Medicindoserare, Telefoneringshjälpmedel, Fjärrkontroll, Larm aktiva och Larm passiva. Det som är viktigt att ha i åtanke när man läser resultatet av denna fråga är att frågan var om kognitiva hjälpmedlen kunde förskrivas till personer med demens. Det gavs alltså inget svar på om kognitiva hjälpmedel hade förskrivits. I tabell 4 redovisas resultatet och en resultat sammanställning av produkterna finns i bilaga 2.

Tabell 4. Inom vilka hjälpmedels-/aktivitetsområden hjälpmedel kunde eller inte kunde förskrivas.

Hjälpmedels-/aktivitetsområde	Ja	Nej	Vet ej	Ej svar	n
Tids-/planeringshjälpmedel	25	1	2	1	29
Medicindoserare	5	19	4	1	29
Telefoneringshjälpmedel	20	6	2	1	29
Fjärrkontroll	19	6	3	1	29
Larm aktiva	16	8	3	2	29
Larm passiva	16	7	3	3	29

I tabell 4 beskrivs hur antalet intervjuade svarade att hjälpmedel kunde förskrivas till personer med demens inom respektive hjälpmedelsgrupp. För att beskriva skillnaderna i landet redovisas även resultatet fördelat per län. Resultatet omfattar de landsting som har ansvar för kognitiva hjälpmedel till personer med demens och redovisas med länsbokstav. Västra Götalandsregionen redovisas separat när det finns avvikelse inom regionen. Stockholm redovisas med "A syd" för svaren från Hjälpmedel Stockholm och "A nord" för svaren från Sodexo. De kommunala enheterna i Skåne redovisas med den kommunala enhetens namn eller förkortning liksom den kommunala enheten i Uppsala.

Tabell 5. Redovisning av inom vilka hjälpmedels-/aktivitetsområden hjälpmedel kunde eller inte kunde förskrivas inom olika landsting/län representerade med länsbokstav.

Hjälpmedels-/aktivitetsområde	Kan förskrivas	Kan inte förskrivas	Vet ej/ej svar	Kommunansv
Tids-/planeringshjälpmedel	A nord, A syd, C, D, E, G, H, K, N, VGR, T, U, W, Y, Z, AC, BD samt kommunala enheterna HÖS, Medelpunkten och Malmö stad i Skåne	F, X, Mednet, Skåne	I, S	
Medicindoserare	E, P i VGR samt Medelpunkten och Malmö stad	A nord, A syd, F, G, H, K, N, VGR UTOM ?, T, U, W, X, Y, Z, AC, BD samt HÖS och Mednet	C, I, S	
Telefoneringshjälpmedel	A syd, C, D,E,G, K, N, VGR, U,W, Y, Z, AC, BD samt Medelpunkten	A nord,, F, H, T, X samt HÖS, Malmö stad och Mednet	I, S	
Fjärrkontroll	A syd,, C, E, G, H, K, N, VGR, T, U, W, X, Y, Z, AC, BD, Medelpunkten	A nord, F, HÖS, Malmö, Stad, Mednet	D, I, S	
Larm aktiva	A syd,, E, G, H, K, N, VGR, T, U, W, AC samt Hös	A nord, C, F, X, Y, Z, BD samt Medelpunkten, Mednet och Malmö stad	S	D, I,
Larm passiva	A syd, E, H, K, N, VGR utom O, U, W, X, AC samt Hös, Medelpunkten, Malmö Stad	A nord, C, F, O-VGR, T, Y, Z, BD, Mednet	G, S	D, I

I bilaga 3 finns redovisat vilka hjälpmedel av de som ingick i studien , som kan respektive inte kan förskrivas i respektive landsting/län och kommunal enhet.

En vanlig kommentar när det gällde hjälpmedels- och aktivitetsområdena var att de höll på att se över sortimentet, att kunskapen behövde öka och metoder utvecklas. Nedan redovisas några av hjälpmedelskonsulenternas kommentarer om produktområdena:

- När det gällde telefoneringshjälpmedel svarade många att brukarna fick köpa de telefoner som fanns i handeln.
- Fjärrkontroll fick brukarna oftast köpa själva.
- Larm var det många som svarade att det var ett kommunalt ansvar och att det var viktig att vara observant på att larm inte var någon säkerhet.

På frågan anser du att de kognitiva hjälpmedlen som kan förskrivas täcker behoven som personer med demens har visade resultatet att det inte bara handlade om produkter/behov

utan också om kunskap. Hjälpmedelkonsulenterna angav att det som saknades omfattade tre områden – kunskap, sortiment och miljö. Nedan ges några exempel.

När det gällde kunskap framkom att hjälpmedelkonsulenterna ansåg sig ha för lite kunskap om produkterna och demenssjukdomarna.

När det gällde sortimentet påtalade flera av hjälpmedelkonsulenterna vikten av att de kunde gå utanför sortimentet eftersom problemen ofta var så komplexa.

När det gällde miljön påtalade flera av hjälpmedelkonsulenterna att det var viktigt att miljön som brukaren vistades i fungerade, om inte den fungerade då fungerade oftast inte hjälpmedlen heller. Det var viktigt att hjälpmedel som betraktades som omgivningskontroll kunde förskrivas som kognitiva hjälpmedel.

Kunskap om kognitiva hjälpmedel för personer med demens

De flesta hjälpmedelkonsulenterna fick förfrågningar om kognitiva hjälpmedel till personer med demens varje månad (15). 4 hjälpmedelkonsulenter svarade varje vecka, 15 svarade vare månad, 5 varje kvartal, 4 mer sällan och en aldrig.

Det vanligaste var att hjälpmedelkonsulenter fick sin kunskap av hjälpmedelsföretag och Hjälpmedelsinstitutet.

På alternativet ”Annat sätt” svarade många hjälpmedelkonsulenter - Föreningen för kognitivt stöd, Trollreda, hemsidor, litteratur artiklar och mässor. Man fick också kunskap genom kontakter med kollegor, föreläsningar och konferenser, projekt och olika former av nätverk.

Det vanligaste svaret på var förskrivarna fick sin kunskap ifrån var från hjälpmedelscentralen och hjälpmedelsföretag.

På alternativet ”Annat sätt” svarade hjälpmedelkonsulenterna att förskrivarna fick sin kunskap genom projektet Humanteknik, HI, mässor, nätverk, hemsidor, Claes Olsson och Teknikmagasinet. Man fick också kunskap via litteratur, artiklar, utbildningar på hjälpmedelscentralen, produktinformation, Trollreda, Anhörigförening, Demensföreningar och lokal utställning med kognitiva hjälpmedel. Hjälpmedelkonsulenterna sa också att det fanns ett stort intresse för utbildning inom området.

Problem och fördelar med kognitiva hjälpmedel

I redovisningen av resultatet av vilka som var de största problemen med kognitiva hjälpmedel har flest synpunkter från hjälpmedelskonsulenterna angivits inom följande tre områden – kunskap, brukare och organisation/verksamhet.

Exempel på problem med kognitiva hjälpmedel som angivits var att:

- Kunskapen var svårtillgänglig.
- Det fanns inte tillräcklig kunskap och handledning saknades.

- Hjälpmedel kom brukaren till del för sent och då blev det problem med inlärnigen och användningen av hjälpmedlen.
- Personen själv kunde inte uttrycka sina behov.
- Möjlighet att ”förskriva” hjälpmedel till anhöriga saknades. Det tog mer tid att förskriva dessa hjälpmedel.
- Luddiga regler tex. ej vedertaget att personer med demens får tidshjälpmedel men ”rörelsehinderhjälpmedel” är självkart att man får.
- Huvudmännen och politikerna har inte insett vikten av dessa hjälpmedel.

I redovisningen av resultatet av vilka som var de största fördelarna med kognitiva hjälpmedel har flest synpunkter från hjälpmedelskonsulenter angivits inom följande tre områden – brukare, kunskap och förskrivare/hjälpmedel. Exempel redovisas nedan från de tre olika områdena.

- Hjälpmedel stödde brukaren, ökade aktivitetsförmågan, självständigheten och livskvalitén.
- Hjälpmedel gav möjligheter att påverka sin vardag.
- Hjälpmedel bidrog till att närstående kände sig tryggare.
- Vid svårigheter att klara sig själv kunde denna typ av hjälpmedel vara ovärderligt.
- Att det ska finnas resurscenter för kognitiva hjälpmedel.
- Helt fantastiskt när hjälpmedlen fungerade för att kunna bli självständig och bo kvar hemma.
- Många svårigheter med tekniken idag – den ställer till många problem men tror att det kan lösas i framtiden och ge nya möjligheter.

Resultatsammanfattning

Hjälpmedelspolicier och regelverk innehåller i få landsting något specifikt om kognitiva hjälpmedel till personer med demenssjukdom. Regelverken är inte skrivna utifrån diagnoser utan behovsriktade. Kognitiva hjälpmedel är möjliga att förskriva i de flesta landsting då det är funktionsnedsättningen och behovet, ej diagnosen, som är avgörande för om kognitiva hjälpmedel kan förskrivas till personer med demens eller inte.

Ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna för kognitiva hjälpmedel till personer med demens ser mycket olika ut i landet. 12 olika varianter av förskrivnings- och kostnadsansvar har identifierats. På detta område överlappar HSL och SoL varandra då t.ex. vissa larm beviljas utifrån Socialtjänstlagen. Flertalet av de som ansåg att den ansvarsfördelning man har idag inte är bra, menar att det är det delade huvudmannskapet som inte är bra.

Hjälpmedel förskrivs i huvudsak till personen med demenssjukdom. Aktivitetsförmågan bedöms, vad hjälpmedelskonsulenter vet, i ca 1/3 del av länen och det är ovanligt att bedömningsinstrument används. Det vanligaste syftet med förskrivningen uppger hjälpmedelskonsulenter vara att öka tryggheten och säkerheten och som stöd för minnet. Att öka självständigheten och möjliggöra kvarboende kommer tätt efter, men

man påpekar också att de olika syftena går i varandra. Hjälpmedel förskrivs ibland för att ersätta mänskliga insatser och exempel ges på att det kan vara både positivt och negativt för brukaren. Förskrivare av kognitiva hjälpmedel till personer med demens är arbetsterapeuter. Andra yrkesgrupper förekommer, men i liten omfattning.

Uppföljning av förskrivna kognitiva hjälpmedel till personer med demens görs enligt 48 % alltid eller ofta. Det är förskrivarens ansvar att följa upp. De som har störst nytta av förskrivna hjälpmedel är personen med demens och närstående. De situationer där brukaren anses ha mest nytta av hjälpmedel är som stöd för minnet, som trygghet/säkerhet och för att vara självständig. Den situation där kognitiva hjälpmedel anses vara till minst nytta för brukaren är som övervakning.

Hjälpmedel kan förskrivas till personer med demens inom de flesta hjälpmedelsområden som efterfrågats. Medicinpåminnare kan dock endast förskrivas hos 5 av hjälpmedelskonsulenterna. Hälften av de intervjuade svarar att de hjälpmedel som kan förskrivas inte täcker behovet. Flera svarar att det är väsentligt att kunna gå utanför sortimentet då problemen ofta är komplexa hos personer med demens.

Hjälpmedelskonsulenterna får i genomsnitt förfrågningar varje månad om kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Sin egen kunskap inom området får man från hjälpmedelsföretag och därefter från HI. Många uppgav också att man får kunskap från olika föreningen och litteratur. Förskrivarna får i huvudsak sin kunskap från hjälpmedelscentralerna. Att det saknas kunskap om kognitiva hjälpmedel till personer med demens är det största problemet inom området. Behoven av dessa hjälpmedel upptäcks inte bl.a. beroende på att hemtjänstpersonal och biståndsbedömare saknar kunskap om att de finns. Även förskrivarna saknar kunskap om hjälpmedlen samt metoder för att bedöma behov och prova ut rätt hjälpmedel. Då förskrivningen också tar mycket tid tror hjälpmedelskonsulenterna att området ej prioriteras.

Resultatdiskussion

Resultatet av undersökningen visar att det ur ett nationellt perspektiv är svårt att på ett enkelt sätt beskriva ansvarsfördelning och regelverk för kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Det går inte att utläsa någon tydlig bild av hur förskrivarens ansvar och kostnadsansvaret ser ut inom området. För att få reda på hur ansvaret ser ut på en specifik plats i landet måste man vända sig till berörd kommun och/eller landsting, man måste veta vilken boendeform (ordinär eller särskild) personen som ska använda hjälpmedlet bor i och vilket hjälpmedel som efterfrågas. Vårt resultat bekräftade att det var oklara regler inom detta hjälpmedelsområde vilket även tidigare undersökningar och rapporter visat (Demensenkäten, 2003 ; Socialdepartementet, 2003).

Varför var det då så otydligt? Hjälpmedelsområdet kognitiva hjälpmedel ingår i hjälpmedelscentralernas ansvar. I samband med Ädelreformen 1992 delades hjälpmedelscentralernas områdesansvar, som inkluderar hjälpmedel för att kompensera rörelsehinder, tal- och språkskador samt kognitiva och medicinska funktionsnedsättningar, mellan landstinget och kommunerna. Ansvarsfördelningen är därefter mycket

olika i landet och baseras på boendeform, produkter och/eller ålder. Oftast är det en kombination av en eller flera av dessa faktorer (Blomquist, 2003). Våra egna tankar är att kognitiva hjälpmedel till personer med demens inte "passar in" i befintlig ansvarsfördelning, kanske beroende på att de inte fanns när Ädelreformen genomfördes.

Hjälpmidlen som vi undersökt erhålls dessutom med utgångspunkt från både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763; HSL), Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och t.ex. vissa delar av larm via lagen om bostadsanpassningsbidrag (SFS 1992:1574). Hjälpmidlen via HSL förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal medan t.ex. vissa larm erhålls via biståndsbeslut av biståndsbedömare. En vanlig ansvarsfördelning mellan landstinget och kommunerna är att landstinget har ansvar för de hjälpmedel som kräver "specialistkunskap" att förskriva. Kognitiva hjälpmedel omfattar både avancerade och enkla hjälpmedel vilket medför att det förutom de "vanliga" gränserna också finns gränser inom hjälpmedelsområdet vilket vi tror ytterligare "förvirrar". Vissa av hjälpmedlen klassas också som kommunikationshjälpmedel varför området oftast var delat mellan två eller flera hjälpmedelskonsulenter, men viss överlappning dem emellan finns. Vi ser av resultatet av vår undersökning att det finns en mängd gråzoner som skulle behöva redas ut.

En betydligt mer positiv bild gav beskrivningen av regelverkens texter. Det är vad vi kan se av undersökningen inte regelverken som gjorde att personer med demens inte hade tillgång till kognitiva hjälpmedel. Det ser ut som det största problemet är att det saknas kunskap.

Resultatet av undersökningen gav ett entydigt svar på att det är arbetsterapeuter som nästan alltid förskriver eller kan förskriva denna typ av hjälpmedel. Hjälpmidlen förskrivs till personen med demens, men flera påtalar att närståendes behov också finns med i behovsbedömningen. Närståendes stöd vid introduktion av hjälpmedel är viktigt. Arbetsterapeuterna fick dock kontakt med brukaren alldeles för sent i sjukdomsprocessen. Det var oftast när närstående var "helt slutkörda". Att i den situationen försöka introducera hjälpmedel, förutom larm, var inte realistiskt. Skulle arbetsterapeuten komma in tidigare, kanske redan när diagnos ställs, och också kunna bidra till att avlasta närstående? I USA (Gitlin, et al., 2003) har ett försök genomförts där arbetsterapeuter genom hembesök och via telefonsamtal introducerade strategier för att klara det dagliga livet. En uppföljning efter sex månader visade att interventionerna hade stor betydelse för närstående. Vi tror att nyttan av kognitiva hjälpmedel till personer med demens skulle kunna bli större om arbetsterapeuten kom in tidigare i sjukdomsskedet.

Vid bedömning av aktivitetsförmågan, för att komma fram till vilken intervention som är den bästa och vilka aktiviteter som man ska inrikta sig på, framkommer i undersökningen betydelsen av närstående och att det kan vara ett etiskt problem att personen själv inte alltid kan vara delaktig. De är viktigt att

"man under hela beslutsprocessen ser till att den dementes egna åsikter inte blir överkörda. Man måste lyssna särskilt noggrant på vad den demente själv har att säga och ge akt också på tonlägen och miner." (Mäki et al., 2000, s. 53)

Möjligheterna att introducera ett hjälpmedel var enligt hjälpmedelskonsulenterna mycket beroende på den omgivning personen finns i, vilken roll personen har, vilket stöd han kan få osv. I detta sammanhang tycker vi att OTIPM (Fisher, 1998, 2002, 2004) och steg ett i processmodellen - att beskriva ett utförandesammanhang - är mycket viktig. De nio dimensionerna ger arbetsterapeuten ett stöd att komma fram till vem personen är, vad personen själv vill och där hänsyn tas till hur omgivningen påverkar och ev. stöttar samt vilken roll patienten är van att ha i sin sociala omgivning. Detta blir allt mer viktigt när man arbetar med yngre personer med demens (Armstrong, 2003). Betydelsen av att se till brukaren i den omgivning han befinner sig, vilka uppgifter personen ska utföra och vilka möjligheter tekniken kan ge, betonas även av Bain (1998). För att hjälpmedel ska accepteras är det också viktigt att förstå vilken kategori av hjälpmedelsanvändare personen tillhör, den pragmatiska, ambivalenta eller motvilliga (Larsson Lund & Nygård, 2003).

Vid intervjuerna framkom det att förskrivning av kognitiva hjälpmedel generellt sett krävde mera tid än t.ex. rörelsehinderområdet. Det berodde på att personernas behov var mycket individuella, att det var svårt att komma fram till rätt hjälpmedel och att det krävdes mycket tid för träning och uppföljning. Det var inte alltid som befintliga hjälpmedel passar då de ofta är framtagna för andra funktionshinderområden. Tiden som åtgår tror vi är ett stort hinder för att dels skaffa sig kunskap, men också för att som arbetsterapeut initiera behov av dessa hjälpmedel.

När det gäller vilka kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas har vi jämfört våra resultat med några andra studier. I vår undersökning av tids/planeringshjälpmedel svarade 72 % att det var möjligt att förskriva detta hjälpmedel. I en studie om den elektroniska kalendern, Förgätmigej (Holte, et al., 1999) framgår att 75 % av studieobjekten använde kalendern dagligen. Vår slutsats är att det är ett bra hjälpmedel och som kan förskrivas av många. Vad gäller medicindoseraren Careousel med inbyggt larm var det ett hjälpmedel som minst antal respondenter i vår undersökning uppgav att de kunde förskriva. Vi tror att en orsak kan vara att så få sjuksköterskor kan förskriva hjälpmedel och att det oftast är sjuksköterskan som ansvarar för brukarens medicindosering. En magisteruppsats (Lundberg & Orrenius, 2004) visar att användning av Careousel ger ökad trygghet och minskade personalinsatser. Även negativa aspekter kunde identifieras som att man tycker den var för dyr och tekniskt komplicerad. Resultatet visade att det var ett hjälpmedel där mer kunskap och produktutveckling behövs. Telefoneringhjälpmedel var det näst mest frekventa (69 %) hjälpmedels-/aktivitetsområde som respondenterna svarat att det går att förskriva. En studie (Nygård & Starkhammar, 2003) om oplanerad användning av telefonen för personer som bor ensamma och har demenssymtom indikerade att det var orealistiskt att personerna i studien skulle kunna använda telefonen i nödsituationer, för säkerhet och för sociala kontakter. Resultatet i studien var viktigt att beakta när telefoneringhjälpmedel förskrivas, så att man inte invaggas i en falsk trygghet.

I resultatanalysen kunde vi mycket tydligt se att det största problemet omkring förskrivning av kognitiva hjälpmedel till personer med demens var kunskapsrelaterat. Det var positivt att hjälpmedelskonsulenterna var så uppmärksamma på problemet men

samtidigt kan man bli lite frågande till vad de gör åt problemet? Som tidigare nämnts finns det flera rapporter gjorda (Starkhammar & Dahlenborg, 2000; Socialdepartementet, 2003) som pekar på samma problem. 86 % av hjälpmedelskonsulterna i vår studie uppgav att de får frågor inom området varje månad eller mer sällan. Med tanke på att det är 139 000 personer som har en demenssjukdom är det märkligt att hjälpmedelskonsulterna så sällan får frågor. Det finns säkert flera orsaker, men vi tror att brist på kunskap hos förskrivarna och också brist på tid är några orsaker. En annan orsak kan vara att det saknas kunskap hos läkare och sjuksköterskan att remittera brukarna till arbetsterapeuten för förskrivning av kognitiva hjälpmedel. Vi ställer oss också frågan vilken roll hjälpmedelskonsulterna har i förhållande till förskrivarna. Är det bara ”prylarna” man ska kunna eller bör även hjälpmedelskonsulterna ha kunskap om instrument och metoder för att bedöma aktivitetsförmåga och/eller veta hur och vad man bedömt för att kunna ge bra råd till förskrivarna? Flertalet av hjälpmedelskonsulterna hade erfarenheter från arbete med kognitiva hjälpmedel och metoder, så kallat kognitivt stöd för utvecklingsstörda. Vi tror att det finns mycket kunskap inom kognitionsområdet som efter anpassning kan tillämpas på demensområdet.

Förslag till fortsatta studier

Kognitiva hjälpmedel för personer med demens är ett område där få studier gjorts. Det är därför angeläget att fler studier görs och att forskning bedrivs inom området.

Ett återkommande problemområde i vår studie var bristen på kunskap. Det är viktigt att i kommande studier ta reda på vilken kunskap som behövs för olika målgrupper och därefter planera och finna formerna för att öka kunskapen.

Ett annat angeläget område för studier är att visa på nyttan och kostnaderna med denna typ av hjälpmedel. Flera hjälpmedelskonsulenter har tagit upp att det inte alltid är så lätt att motivera denna typ av hjälpmedel för beslutsfattare. Det är också ett relativt nytt och okänt område.

I kommande nationella studier som berör ansvarsfördelning är det angeläget att detta område studeras eftersom hjälpmedel till personer med demens ofta hanteras inom olika lagrum.

Referenser

- Armstrong, M. (2003). The needs of people with young-onset dementia and their carers. *Professional Nurse*, 18. 681- 684.
- Bain, B. K. (1998). Assistive Technology in occupational therapy. *Willard and Spackman´s occupational therapy*. 498- 517 Philadelphia: Lippincott.
- Basun, H., Ekman, S.-L., & Nygård, L. et al. (2002). *Om Demens*. Stockholm:Liber.
- Beck-Friis, B. (1992). *Det blir lättare när det blir svårare*. LIC förlagaet.
- Blomquist, U.-B., & Nicolaou, I. (2003). *Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Blomquist, U.-B. (2003). *Gemensam nämnd inom hjälpmedelsområdet. Lägesrapport december 2003*. Stockholm:Hjälpmedelsinstitutet rapport i pdf-fil.
- Fisher, A. G. (2004). *Introduction to the Occupational Theraphy Intervention Process Modell (OTIPM)* Föreläsning anordnad av FSA 2004-04-20, Stockholm.
- Fisher, A. G. (2002.) *A Model for Planning and Impelemnting Top-down, client-centered, and Occupation-based Interventions*. Opubliserat manuskript.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework, *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 509 – 521.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, (FSA) (1993). *Etisk kod för arbetsterapeuter*, FSA.
- Gitlin, L. N, Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M.P., Schinfeld, S., Hauck, W. W. (2003). Effects of the Home Environmental Skill-building Program on the Caregiver – Care Recipient Dyad: 6 months Outcomes From the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist*, 43, 532 – 546.
- Hjälpmedelsinstitutet, (2003). *Förteckning över Bra hjälpmedel – maj 2003*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Hjälpmedelsinstitutet, (2004). *Hjälpmedelsverksamheten*.
<http://www.hi.se/hjmverks/hjmverksamheten.shtm#5.%20Hjälpmiddelscentraler> 2004-06-10
- Holte, T., Hagen, I. & Björneby, S. (1999). Evaluation of an electronic calendar as helping aid for persons suffering from memory problems or cognitive impairment. *Norwegian Centre for Dementia Research*.
- Kielhofner, G. (1998). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson Lund, M., & Nygård, L. (2003) Incorporating or Resisting Assistive Devices: Different Approaches to Achieving a Desired Occupational Self-Image. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 23:67-75
- Lindström, E., & Wennberg, B. (2004). Manus till reviderad version av *Grepp om livet*,. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Lundberg, P., & Orrenius, B. (2004). *Careousell – En studie i upplevt kundvärde*. (Magisteruppsats 10 p Ht-03, Uppsala Universitet).
- LSS- och Hjälpmedelsutredningen. (2003) *IT-baserade hjälpmedel. En genomgång av landstingens/regionernas regelverk*.
http://www.sou.gov.se/lss_hjalpmedel/PDF/Dnr%2061%2002.pdf 2004-05-12.
- Mosey, A.-C., (1986). *Occupational therapy: configuration of a profession*. New York: Raven Press.
- Mäki, O., Topo, P., Rauhala, M., & Jylhä, M. (2000). *Teknik för människor med demens – Etiskt perspektiv på beslutsfattande*. Finland, Stakes.
- Nicolaou, I. (2002). *LUKAS-PROJEKTET, Fortbildning för hjälpmedelskonsulenter (Hjmk)* Hjälpmedelsinstitutet, ej publicerad rapport.
- Nygård, L., & Johansson, M. (2001). The experience and management of temporality in five cases of dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2001;8:85-95.
- Nygård, L., & Starkhammar, S. (2003). Telephone use among non institutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*;17:239-249
- Nygård, L., & Öhman, A. (2002). Managing changes in Everyday Occupation: The Experience of Persons with Alzheimer's disease. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 22: 70 -81
- Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet. Demensarbetsgruppen. (2003). Rapport "På väg mot en god demensvård". Ds 2003:47.
- Socialdepartementet. Demensenkäten. (2003). Bilaga till "På väg mot en god demensvård". Ds 2003:47.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen

Starkhammar, S., & Dahlenborg, I. (2002). *Demens och teknik – kunskapsläge och förslag på åtgärder*. Stockholm:Hjälpmiddelsinstitutet.

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

Svensk Författningssamling, *Hälso- och sjukvårdslagen*, SFS 1982:763

Svensk Författningssamling, *Lagen om bostadsanpassningsbidrag*, SFS 1992:1574

Svensk Författningssamling, *Socialtjänstlagen*, SFS 2001:453

Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studenlitteratur

Wallén, G. (1993). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Vilka kognitiva hjälpmedel förskrivs till personer med demens

Enkätundersökning via telefonintervju med hjälpmedelskonsulenter som arbetar med kognitiva hjälpmedel för personer med demens.

Arbetsplats?.....

Den intervjuades yrke?.....

Hur stor erfarenhet har du av att arbeta med kognitiva hjälpmedel för personer med demens?.....

1. Finns det en specifik hjälpmedelspolicy hos er?

Ja Nej Vet ej

Om ja, innehåller den något om kognitiva hjälpmedel för personer med demens och i så fall vad?.....

.....

2. Finns det i ert regelverk/handbok specifika anvisningar för kognitiva hjälpmedel för personer med demens?

Ja Nej Vet ej

Om ja, vad innehåller regelverket/handbok?.....

.....

Om nej, vilka anvisningar tillämpas då för dessa patienter?.....

.....

3. Vad är det som styr förskrivnings- och kostnadsansvaret fördelat mellan kommun och landsting för kognitiva hjälpmedel för personer med demens?

Ansvar	Förskrivaransvar				Kostnadsansvar			
	Kommunen		Landstinget		Kommunen		Landstinget	
Boendeform	Ordinärt boende	Särskilt boende	Ordinärt boende	Särskilt boende	Ordinärt boende	Särskilt boende	Ordinärt boende	Särskilt boende
Tidshjälpmedel								
Påminnelsehjälpmedel								
Aktiva larm								
Passiva larm								
Medicindose rare,								
Telefoneringshjälpmedel								
Fjärrkontroll								

4. Anser du som hjälpmedelskonsulent att fördelningen av förskrivaransvaret är bra?

Ja Nej Både ja och nej

Om ja, vad är bra?.....

.....

Om nej, vad är inte bra?.....

.....

Om både ja och nej varför det?.....

.....

5. Anser du att fördelningen av kostnadsansvaret är bra?

Ja Nej Både ja och nej

Om ja, vad är bra?.....

Om nej, vad är inte bra?.....

.....

Om både ja och nej varför det?.....

.....

6. Vilka av nedanstående yrkeskategorier är det som förskrivit kognitiva hjälpmedel till personer med demens?

	Alltid	Ofta	Ibland	Aldrig	Vet ej
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logoped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan yrkeskategori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Till vem förskrivs kognitiva hjälpmedel?

	Alltid	Ofta	Ibland	Aldrig	Vet ej
Person med demens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Vilka kognitiva hjälpmedel kan förskrivas i ert län till personer med demens?

Tidshjälpmedel/ Planeringshjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Pajalacklockan	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Elektronisk kalender (Förgätmigej)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Komihågklocka	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Jätteknappen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Sigvart dagplan	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Minnesklocka	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Timstocken	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

Medicindoserare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Careousel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

Telefonerings- hjälpmedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Nummervisare med Namn	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Visaren	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Jätteknappen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

Fjärrkontroll	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Senior pilot	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Fjärrkontroll	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Jätteknappen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

Larm aktiva	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Trygghetstelefon	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Aktiv sändare	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

Larm passiva	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Larmmatta	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Sänglarm	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Personsökarlarm/ system	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Falldetektor	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Hotel-kit	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Ledsgaranrop	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>

Annat.....

9. Anser du att de kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas täcker behoven som personer med demens har?

Ja Nej Vet ej

Om nej, vilka produkter/behov saknas?.....

.....

10. Vilken uppfattning har du om i vilket syfte kognitiva hjälpmedel förskrivs?

Öka aktivitetsförmågan Ja Nej Vet ej

Om ja, ge exempel.....

Öka självständigheten Ja Nej Vet ej

Om ja ge exempel.....

Öka trygghet/säkerheten Ja Nej Vet ej

Om ja ge exempel.....

Stöd för minnet Ja Nej Vet ej

Om ja ge exempel.....

Möjliggöra kvarboende Ja Nej Vet ej

Om ja, ge exempel.....

Om annat, ge exempel.....

11. Känner du till om det förekommer att kognitiva hjälpmedel förskrivs för att ersätta mänskliga insatser till personer med demens?

Ja Nej Vet ej

Ge exempel när det varit positivt.....

Ge exempel när det varit negativt.....

12. Vem anser du som hjälpmedelskonsulent har den största nyttan av förskrivna kognitiva hjälpmedel?

Personer med demens Närstående Personal Vet ej

Andra brukare.....

13. Bedömer förskrivaren aktivitetsförmågan hos personer med demens vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel?

Ja Nej Vet ej

Om ja hur bedöms aktivitetsförmågan?.....

Om nej hur bedöms då behovet?.....

14. Anser du att personer med demens förskrivs kognitiva hjälpmedel i rätt sjukdomsskede?

Ja Nej Vet ej

Om nej, varför får man inte det?.....

.....

15. I vilken/vilka av följande situationer tycker du att brukaren har mest nytta av kognitiva hjälpmedel?

För att öka aktivitetsförmågan självständigheten

tryggheten/säkerheten

och/eller som stöd för minnet möjliggöra kvarboende övervakning

annan situation

16. Följs förskrivningen av kognitiva hjälpmedel till personer med demens upp?

Alltid Ofta Ibland Aldrig

17. Hur ofta får du frågor om kognitiva hjälpmedel till personer med demens?

Varje vecka Varje månad Varje kvartal Mer sällan
Aldrig

18. Hur får du som hjälpmedelskonsulent kunskap om kognitiva hjälpmedel för personer med demens?

Hjälpmedelsinstitutet Hjälpmedelsföretag Annat sätt

Vet ej

19. Hur får förskrivarna kunskap om kognitiva hjälpmedel för personer med demens?

Hjälpmedelscentral Hjälpmedelsföretag Annat sätt

Vet ej

20. Vad anser du är de tre största problemen med kognitiva hjälpmedel?

.....

21. Vad anser du är de tre största fördelarna med kognitiva hjälpmedel?

.....

Ett stor tack för hjälpen!

8. Vilka kognitiva hjälpmedel kan förskrivas i ert län till personer med demens?

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Tidshjälpmedel/ Planeringshjälpmedel	25	1	2	1	29
Pajalaklockan	20	5	1	3	29
Elektronisk kalender (Förgätmigej)	21	5	0	3	29
Komihågeklocka	24	2	0	3	29
Jätteknappen	18	7	1	3	29
Sigvart dagplan	23	3	0	3	29
Minnesklocka	23	3	0	3	29
Timstocken	25	1	0	3	29

Annat: Olika typer av kalendrar typ Filofax, väggkalender, bildstöd, armbandsklockor med larm, fickminne, Handi, Skalman, Pictogramklocka, Kvartur, Flera har svarat att man håller på att se över sortimentet och att det inte är klart, Någon har svarat att det finns inget speciellt sortiment utan det viktigaste är att hitta något som tillgodoser brukarens behov.

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Medicindoserare	5	19	4	1	29
Careousel	5	19	1	4	29

Annat: Pillerburk från Claes Olsson, Med port.

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Telefonerings- hjälpmedel	20	6	2	1	29
Nummervisare med namn	2	22	2	3	29
Visaren	3	20	3	3	29
Jätteknappen	19	7	0	3	29

Annat: flera har svarat att de använder sig av bildstöd vid telefonring. Att det finns telefoner som man själv kan köpa i öppna handeln med bildstöd. Dialine, pictotelefon. Många har svarat att de använder sig av bildstöd.

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Fjärrkontroll	19	6	3	1	29
Senior pilot	11	11	2	5	29
Fjärrkontroll	10	13	1	5	29

Jätteknappen	16	6	1	6	29
--------------	----	---	---	---	----

Annat: Egna lösningar med Big Jack och Micro Jack

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Larm aktiva	16	8	3	2	29
Trygghetstelefon	0	22	2	5	29
Aktiv sändare	13	10	2	4	29

Annat: Mikrosignal, mikrosökare

Hjälpmedel	Ja	Nej	Vet ej	Ej svarat	n
Larm passiva	16	7	3	3	29
Larmmatta	14	9	1	5	29
Sänglarm	14	8	2	5	29
Personsökarlarm/ system	5	15	4	5	29
Falldetektor	10	11	3	5	29
Hotel-kit	0	17	6	6	29
Ledsgaranrop	5	15	4	5	29

Annat: Ep-larm

Hjälpmiddel som kunde respektive inte kunde förskrivas våren 2004, fördelat per län och kommunal enhet

Bilaga 3

	Skåne										V:a Götalreg																												
	A Sthlm 's län	A Sthlm 's län t	N ord	Uppsala	S län t Syd	D örmlands län	E Östergötlands län	F Jönköpings län	G-Kronobergs län	H Kalmar län	I Gotland	K - Blekinges län	t	Hörs Kristianstad	Medelpunkten	Medhet	Malmö stad	N Hallands län	Vänersborg	Mölnådal	Borås	Skövde	S - Värmlands län	t	T Örebro län	U ästmanlands län	t	W Dalarnas län	X Gävleborgs län	Y Västerbottens län	Z Jämtlands län	äng t	AC Västerbottens län	It	BD Norrbottens län	It			
Tidshjm/planeringshjm	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Pajalaklockan	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	Ve	J	J	N	N	J	J	J	J	J	J	J	Ve	J	N	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Elektronisk kalender	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	
Komihågeklockan	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Jätteknyppen	N	N	J	J	J	N	J	J	J	J	J	N	J	N	N	N	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	
Sigvart dagplan	J	J	J	J	J	N	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Minnesklockan	J	J	J	N	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Timstocken	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Ve	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Medicindoserare	N	N	Ve	N	J	N	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	N	N	N	J	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Careousel	N	N	Ve	N	J	N	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Telefoneringshjm	N	J	J	J	J	N	J	N	N	N	J	N	J	N	N	N	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Nummervisare med namn	N	N	J	N	J	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	
Visaren	N	N	J	N	J	N	J	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	
Jätteknyppen	N	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	N	J	N	N	N	J	J	J	J	J	J	Ve	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Fjärrkontroll	N	J	J	Ve	J	N	J	J	J	J	J	N	J	N	N	N	J	J	J	J	J	J	Ve	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Senior Pilot	N	J	J	Ve	J	N	J	J	J	J	Ve	N	N	N	N	N	N	J	J	J	J	Ve	N	N	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Fjärrkontroll	N	N	J	Ve	J	N	J	J	J	J	J	N	N	N	N	N	N	J	J	J	J	Ve	J	N	N	J	N	J	J	J	J	J	J	J	J	N	N	N	
Jätteknyppen	N	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	N	N	N	N	N	J	J	J	J	J	Ve	N	N	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

J = ja, kan förskrivas

N = nej, kan inte förskrivas

Ve = vet inte om det kan förskrivas

	Skåne										V:a Götalreg																	
	AS	A	Uppsala	D	F	G	H	I	K		N	Vänersborg	Mölnå	Borås	Skövde	S-	T	U	W	X	Y	Z	AC	BD				
	Stockholm äns It, Nord	Stockholm äns It	ommun	örmlands läns It	stergötlands läns It	Jönköpings läns It	Kronobergs läns It	Kalmar läns It	Gotland	Blekinges läng t	Hörs Kristianstad	Medelpunkten	Medhet	Malmö stad	Hallands läng t	Vänersborg	Mölnå	Borås	Skövde	S-Värmlands läng t	Örebro läns It	ästmanlands läng t	Dalarnas läns It	Gävleborgs läns It	ästernorrlands läns It	Jämtlands läng t	Västerbottens läns It	Norrbottnens läns It
Larm aktiva	N	J	N	KO	J	N	J	J	KO	J	J	N	N	N	J	J	J	J	J	Ve	J	J	J	N	N	N	J	N
Trygghetstelefon	N	N	N	KO	N	N	Ve	N	KO	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	N	N
Aktiv sändare	N	J	N	KO	J	N	Ve	J	KO	J	J	N	N	N	J	J	J	J	J	Ve	J	J	N	N	N	J	N	
Larm passiva	N	J	N	KO	J	N	Ve	J	KO	J	J	N	J	J	J	N	J	J	Ve	N	J	J	J	N	N	J	N	
Larmmatta	N	J	N	KO	J	N	Ve	J	KO	J	J	N	N	J	J	N	J	N	Ve	N	J	J	J	N	N	J	N	
Sänglarm	N	J	N	KO	J	N	Ve	J	KO	J	J	N	J	J	N	J	N	N	Ve	N	J	J	J	N	N	J	N	
Personsökarlarm/system	N	N	N	KO	Ve	N	Ve	N	KO	J	N	Ve	N	N	J	J	N	J	Ve	N	N	J	N	N	N	J	N	
Falldetektor	N	N	N	KO	J	N	Ve	J	KO	J	N	Ve	N	N	J	J	J	N	Ve	N	J	J	J	N	N	J	N	
Hotel-kit	N	N	N	KO	N	N	Ve	N	KO	Ve	N	Ve	N	N	N	N	N	N	Ve	N	N	N	N	N	N	Ve	N	
Ledsaganrop	N	J	N	KO	N	N	Ve	N	KO	Ve	J	J	N	N	N	N	J	N	Ve	N	Ve	N	N	N	N	J	N	

J = ja, kan förskrivas N = nej, kan inte förskrivas Ve = vet inte om det kan förskrivas KO= kommunens ansvar

Larm hanteras ofta av kommunerna och erhålls via biståndsbeslut. Ett N i rutan kan betyda att hjälpmedlet inte kan förskrivas men kan erhållas via kommunen. För att veta säkert måste man kontakta det enskilda länet

Hjälpmiddelsinstitutet, Demensförbundet och Alzheimerföreningen i Sverige har beviljats pengar från Allmänna arvsfonden för att under tre år genomföra ett projekt ”*Teknik och demens - försöksverksamhet, kunskapsläge och metodutveckling*”. En del i projektet är att ta reda på vilka kognitiva hjälpmedel som kan förskrivas till personer med demens, samt vilka regler och praxis som tillämpas i de olika landstingen/regionerna och kommunerna.

Denna rapport är en del i att kartlägga området kognitiva hjälpmedel till personer med demens. Arbetet är genomfört som en C-uppsats i ämnet arbetsterapi, varför den har viss inriktning mot arbetsterapi. Hjälpmedelskonsulenter i samtliga landsting/regioner och kommuner, som har ansvar för kognitiva hjälpmedel till personer med demens, har telefonintervjuats.

Hjälpmiddelsinstitutet (HI) är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning.

Vi arbetar för full delaktighet och jämlikhet genom att medverka till bra hjälpmedel, en effektiv hjälpmedelsverksamhet och ett tillgängligt samhälle.

Hjälpmiddelsinstitutets verksamhet omfattar:

- provning och upphandling av hjälpmedel
- forskning och utveckling
- utredningsverksamhet
- utbildning och kompetensutveckling
- insatser inom tillgänglighetsområdet
- internationell verksamhet
- information

Hjälpmiddelsinstitutets huvudmän är staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.



Hjälpmiddelsinstitutet

Box 510, 162 15 Vällingby

Tfn 08-620 17 00

Fax 08-739 21 52

Texttfn 08-759 66 30

E-post registrator@hi.se

Webbplats www.hi.se

Best nr 05301-pdf