

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 2/2025

Orientering och förflyttning (O&F) för personer med dövblindhet

Utveckling av en guide

Verksamhetsområde:	Syn, hörsel och döv Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Hörsel- och synmottagningar, Dövblindenheten
Projektansvarig chef:	Emma Falk, Verksamhetschef, VO Habilitering Emmal.Falk@skane.se Johanna Afzelius, Enhetschef Johanna.Afzelius@skane.se
Projektets medarbetare:	Emy Hurtig, dövblindpedagog Emy.Hurtig@skane.se
Handledare vid FoUU-enheten:	Albert Westergren, professor, Hälso- & Sjukvårdsstrateg Albert.Westergren@skane.se
Utgivning:	Mars 2025
ISBN:	978-91-989047-8-9
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Hurtig, E. (2025). *Orientering och förflyttning (O&F) för personer med dövblindhet. Utveckling av en guide*. FoU-rapport 2/2025, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Introducering och träning i orientering och förflyttning (O&F) för personer med dövblindhet är en viktig rehabiliterande intervention. Den nationella standarden för O&F vid synnedsättning/blindhet är inte anpassad till målgruppen med dövblindhet. I och med att instruktioner för hur O&F bör ges till personer med dövblindhet saknas, riskerar interventionen ges med olika kvalitet. Det är därför viktigt att en guide utformas för hur interventionen anpassas till målgruppen.

Syftet är att ta fram och utvärdera en guide för hur orientering och förflyttning kan introduceras och tränas med personer med dövblindhet.

Kvalitativ innehållsanalys användes som metod. Tre synpedagoger deltog i datainsamlingen vid en fokusgruppintervju. Bearbetning och analys skedde med manifest, induktiv ansats.

Resultatet presenteras via tre kategorier: Utformning av guide för hur O&F anpassas till personer med dövblindhet; Behandlares förkunskaper och förberedelser för att introducera och träna O&F med hög kvalitet samt Träning och anpassning efter patientens förutsättningar. En guide med sex huvudområden utformades med beskrivningar samt tillhörande tips. Med hjälp av guiden kan behandlaren anpassa O&F utifrån personens behov och förutsättningar.

Förväntad nytta för personer med dövblindhet är att användning av guiden kan skapa tillgång till en väl anpassad intervention av hög kvalitet för personer med dövblindhet. Guiden kan användas av behandlare som ett komplement till den nationella standarden för O&F vid synnedsättning/blindhet.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma hälsa och välbefinnande i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I denna studie utvecklas in guide för information om och träning av orientering och förflyttning för personer med dövblindhet. Projektet har genomförts av Emy Hurtig, dövblindpedagog/synpedagog, vid dövblindmottagningen i Lund, Region Skåne. Hälso- och sjukvårdsstrateg, professor Albert Westergren har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Johanna Afzelius och verksamhetschef Emma Falk. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av medel för kvalitetssäkring.

Författaren, Emy Hurtig, dövblindpedagog, Region Skåne, vill rikta ett särskilt tack till de nationellt erkända kunskapsbärarna gällande arbetet med O&F för patienter med dövblindhet. Tack för värdefullt bidrag under arbetets gång och särskilt till utformningen av guiden: Gabriella Gloria som arbetar som synpedagog på dövblindteamet i Västra Götaland; Catarina Temse Andersson och Nina Söderholm som arbetar som synpedagoger i Stockholms dövblindteam. De har arbetat under flera år och besitter goda kunskaper om hur O&F instrueras och tränas med patienter som har dövblindhet. Samtycke gavs till att namn och arbetsplats presenterades i arbetet.

Emy tackar även Sveriges Arbetsterapeuter som också bidragit. Tack även till enhetschef och kollegor på dövblindmottagningen Region Skåne som tillåtit utrymme och tid för genomförande.

Lund februari 2025

Charlotta Sunnqvist
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	6
1.1 Dövblindhet.....	6
1.2 Orientering och förflyttning vid synnedsättning eller blindhet.....	7
1.3 Orientering och förflyttning vid dövblindhet	9
2. Syfte	10
3. Metod	11
3.1 Beskrivning av studien.....	11
3.2 Deltagare	11
3.3 Datainsamling	11
3.4 Analys.....	11
3.5 Etiska överväganden	12
4. Resultat	13
4.1 Guidens innehåll och struktur.....	13
4.2 Krav på förkunskap och förberedelse vid användning av guiden	14
4.3 Viktiga anpassningar till målgruppen.....	14
5. Diskussion	16
5.1 Resultatdiskussion.....	16
5.2 Implementering.....	17
5.3 Metoddiskussion.....	17
6. Slutsatser	18
Referenser	19
Bilagor	22
<i>Bilaga 1. Intervjuguide</i>	22
<i>Bilaga 2. Guide till introduktion och träning i orientering och förflyttning för personer med dövblindhet.</i>	24
Tidigare publikationer	36

1. Bakgrund

1.1 Dövblindhet

Dövblindmottagningen är en av flera mottagningar inom verksamhetsområdet Syn, hörsel och döv (Shd). Dövblindmottagningen arbetar för patienter som har varaktig kombinerad syn- och hörselnedsättning. Dövblindmottagningen består av ett tvärprofessionellt team, enhetschef, dövblindpedagoger (med inriktning syn, hörsel eller kommunikation och samspel), kurator, psykolog och optiker. I denna rapport beskrivs framtagandet av guide för behandlares introduktion och träning av Orientering och Förflyttning för personer med dövblindhet. Det saknas specifika instruktioner för hur orientering och förflyttning behöver anpassas vid introducering och träning med personer med dövblindhet.

Dövblindhet är ett samlingsbegrepp för kombinerad syn- och hörselnedsättning. Det innebär inte alltid full avsaknad av både syn och hörsel, utan oftast en varierad grad och kombination av syn- och hörselnedsättning (Ask Larsen & Damen, 2014; Dammeyer, 2014; World Federation of the Deafblind [WFDB], 2018). Dövblindhet är ofta ett livslångt och för en del progredierande tillstånd. Personer med dövblindhet är identifierade som en särskilt utsatt grupp, då dövblindheten varierar och påverkar individen på olika sätt. Generellt sett är aktivitet och delaktighet i dagligt liv påverkade och behovet av stöd stort för personer med dövblindhet. Full delaktighet i samhället är ofta begränsad eftersom miljön och omgivningen inte kan möta personernas behov av tillgänglig miljö och anpassad kommunikation (WFDB, 2018).

Den nordiska definitionen för dövblindhet är den definition som följs i Sverige och lyder: "Dövblindhet är en kombination av syn- och hörselnedsättning där graden av nedsättning är så allvarlig att syn och hörsel har svårt att kompensera för varandra. Dövblindhet medför därför, i relation till omgivningen, specifika funktionshinder" (Nordens välfärdscenter [NVC], 2024). I Sverige finns det uppskattningsvis 2000 personer som har dövblindhet enligt den nordiska definitionen (Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor [Nkcdb], 2021a). Hur dövblindheten påverkar personerna varierar beroende av dövblindhetens omfattning, när i livet den inträffar och om den är stabil eller progredierande (NVC, 2024). Syn och hörsel är två av våra viktigaste sinnen, vid nedsättning av ett sinne så kompenserar det andra sinnet. När båda sinnen är påverkade och inte kan kompensera för varandra så innebär det stora konsekvenser i vardagen. Mycket i vardagen blir energikrävande och leder ofta till uttalad trötthet hos personerna med dövblindhet samt att aktiviteter tar mycket längre tid. Andra sinnen behöver utvecklas, särskilt det taktila sinnet (Nkcdb, 2021b; NVC, 2024). Därför ställs det också mer omfattande krav på träning av orientering och förflyttning för personer med kombinerad syn- och hörselnedsättning.

Det är vanligt att personer med dövblindhet stöter på kommunikationssvårigheter då omgivningen eller miljön inte kan tillgodose personernas behov. Interaktionen med andra blir svår på grund av synnedsättningen, att inte kunna tolka icke-verbala gester eller ledtrådar så som läppavläsning, ansiktsuttryck eller kontextuella ledtrådar. För en del personer har dövblindheten ett progredierande förlopp vilket kan göra att kommunikationsbehoven förändras över tid. Svårigheter att acceptera sin situation kan innebära svårigheter att ta emot hjälp för att underlätta kommunikationen. Kommunikationshinder kan göra att personerna väljer att avstå från personliga och

sociala interaktioner och risken för isolering, depression, psykisk ohälsa och försämrad livskvalitet är stor (Jaiswal m.fl., 2018). Tidigare studier visar att personer med dövblindhet i stor utsträckning lever med psykisk ohälsa (Dammeyer, 2014; Jaiswal m.fl., 2018; Wahlqvist m.fl., 2013). Dock visar forskningen även på att personer med dövblindhet ofta har god kännedom om sin förmåga och kapacitet och ofta har goda strategier för självständighet och delaktighet i aktiviteter (Ehn m.fl., 2019). För att ytterligare stärka denna självständighet och delaktighet krävs väl anpassad träning.

Samhället bär ett stort ansvar för att personer med dövblindhet ska kunna vara delaktiga i olika sammanhang. Samhället behöver bistå med dövblindtolkning vid behov av kommunikation, syntolkning och ledsagning, tillgänglig information, personligt stöd i vardagen vid behov, tillgänglig fysisk miljö, teknik och hjälpmedel och specialiserad kompetens kring dövblindhet för att ge rätt stöd och service (NVC, 2024). Personer med dövblindhet påverkas olika av sin situation och det är viktigt att de får rätt stöd och service för att möta sina behov och för att möjliggöra delaktighet (Dammeyer, 2014; NVC, 2024; Wahlqvist m.fl., 2013; WFDB, 2018). Sjukvården tenderar ofta vara kunniga inom syn eller hörsel, men inte kombinationen syn- och hörselnedsättning. Därför är det av vikt att olika professioner inom vården samarbetar med varandra för att ge bästa omhändertagande och träning (Dammeyer, 2014; Wahlqvist m.fl., 2013).

1.2 Orientering och förflyttning vid synnedsättning eller blindhet

Synen är ett mycket viktigt sinne och det mest utvecklade sinnet för att ta in information om omgivningen (Ygge, 2011). När synen är begränsad blir hörseln det viktiga sinnet för att tolka information från omgivningen, exempelvis genom att höra riktning på trafiken, identifiera ljud samt ekolokalisering (Jacobson, 2013). Ekolokalisering är en teknik där personen tolkar eko från omgivningen för att navigera och uppfatta omgivningen. Introducering till eller träning i orientering och förflyttning (O&F) behöver ges för att självständig förflyttning ska vara möjligt. Självständig förflyttning är grundläggande för att kunna delta i valda sammanhang och skapa känsla av delaktighet och oberoende i alla sammanhang. Oavsett hur förflyttningen sker behöver den ske på säkert och tryggt sätt. Det finns utarbetade instruktioner för träning av O&F vid synnedsättning/blindhet.

Världen över erbjuds O&F som intervention till personer med synnedsättning/blindhet, men hur interventionerna är utformade skiljer sig åt. År 2011 gjordes en systematisk litteraturstudie som visade att det saknas studier och koncept för hur innehållet, genomförande och effektiviteten av O&F bör se ut för vuxna personer med synnedsättning (Ballems m.fl., 2011). Inga studier visade på hur innehållet bör se ut för att träna eller vidmakthålla självständig förflyttning. Däremot visade litteraturöversikten att insatsen O&F är en viktig och betydelsefull insats för personer med synnedsättning och har en stor inverkan på känslan av delaktighet i olika kontexter (Ballems m.fl., 2011).

Det finns en del erfarenhetsbaserad litteratur som beskriver olika tekniker för förflyttning, användning av käppar, hjälpmedel och så vidare vid synnedsättning/blindhet. I Sverige fanns det tidigare ett kvalitetsråd som bestod av chefer och medarbetare från olika syncentraler runt om i landet. Kvalitetsrådet beslutade 2001

att ta fram en nationell standard med olika målnivåer för att personer med synned-sättning/blindhet ska kunna träna O&F, härefter benämnd "nationell standard" eller enbart "standard". År 2007 omarbetades denna standard med syftet att förtydliga och göra den mer lättförståelig. Detta gjordes av syncentralerna i Dalarna, Örebro och Stockholm. Arbetet baserades på en litteraturgenomgång och beprövad erfarenhet (Landstinget Dalarna m.fl., 2007). Det är denna nationella standard som vi följer här i Sverige. Behandlare utbildas att instruera och träna O&F till personer med synned-sättning eller blindhet enligt standarden. Tidigare fanns det utbildningar för att bli synpedagog och utbildning inom synrehabilitering, O&F utgjorde en stor del av dessa utbildningar. Det har även funnits en kurs på avancerad nivå inom O&F, som även denna är nedlagd. Idag får regionerna köpa utbildning för O&F, som vanligtvis är 10 dagar lång sammanlagt. Standarden har inte varit föremål för forskning eller utvärdering. Bortsett från standarden och den erfarenhetsbaserade litteraturen om O&F finns förmodligen väldigt mycket personbunden kunskap bland landets behandlare. Behandlare som arbetat under flera år har vanligtvis en gedigen utbildning inom området O&F och bär på mycket kunskap. Då det inte finns något forum eller plattform att delge eller diskutera O&F eller den nationella standarden riskerar den personbundna kunskapen gå förlorad vid pensionsavgångar.

Inläringen att förflytta sig med käpp innebär mycket träning i olika miljöer och kontexter under lång tid. Den nationella standarden innehåller fyra checklistor med olika målnivåer, samt en bilaga med sinnesövningar. De fyra målnivåerna i checklistorna är:

- I. Målet självständig förflyttning i hem/känd/okänd miljö.
- II. Målet att självständigt orientera och förflytta sig i hemmiljö.
- III. Målet att självständigt orientera och förflytta sig i känd närmiljö.
- IV. Målet att självständigt orientera och förflytta sig i okänd närmiljö
(Landstinget Dalarna m.fl., 2007).

Inledningsvis görs en kartläggning tillsammans med patienten kring dennes behov, begränsningar och förmågor. Efter kartläggningen formuleras mål för interventionen och utifrån dessa avgörs vilken checklista som är aktuell för patienten. Samtliga checklistor innehåller avspännings-, sinnes-, skydds- och ledsagningsövningar, orientering samt käppteknik. Sinnesövningar inkluderar övningar för att bedöma riktning och avstånd, taktil information och hörselinformation. Övningar för hörselinformation utgör den största delen av sinnesövningarna, vilket kan handla exempelvis om att lokalisera ljud, ekolokalisering, bedöma ljudets rörelse och hastighet. Tidsangivelse finns angivet för hur lång uppskattad tid det tar att erhålla checklistans färdigheter. Uppskattad tid för att erhålla färdigheterna enligt den nationella standarden är 102 timmar, inkluderat 12 timmar grundläggande träning för checklista ett, samt 30 timmar för respektive checklista två, tre och fyra, individuellt eller i grupp. Eftersom patienterna är individer med olika behov och med olika synförmåga eller saknar synförmåga så kan det ta mindre eller mer tid att lära sig O&F (Landstinget Dalarna m.fl., 2007).

1.3 Orientering och förflyttning vid dövblindhet

Med avsaknad av både syn och hörsel begränsas självständig orientering och förflyttning avsevärt. Känslan av beroende ökar samt begränsas delaktigheten vilket kan ge allvarliga konsekvenser i dagliga livet (Armstrong m.fl., 2022; Jaiswal m.fl., 2018). Det är därför viktigt att O&F introduceras och tränas med personer som har dövblindhet så att all förflyttning sker på säkert och adekvat sätt. Interventionen behöver anpassas utifrån individ, då målgruppen är väldigt heterogen avseende behov och svårigheter. Anpassning behöver göras efter personens syn- och hörselförmåga, kapacitet att ta till sig information (NVC, 2024; Wahlqvist m.fl., 2013; WFDB, 2018). Beroende på hur patienten kommunicerar avgörs hur O&F träningen måste anpassas. Om inte förmågan att ta till sig information samtidigt som förflyttning sker, eller personen använder teckenspråk/taktilt teckenspråk så går det inte att ge instruktioner parallellt med aktivitet. Interventionen behöver alltså ske stegvist.

Som nämnts tidigare är inte den nationella standarden för träning av O&F för synnedsättning/blindhet framtagen för personer med kombinationen syn- och hörselnedsättning. Det finns forskning som visar att intervention och hjälpmedel för O&F är betydelsefullt och viktigt för målgruppen med dövblindhet (Chanana m.fl., 2017; Ehn m.fl., 2019; Vincent m.fl., 2014). Men det finns inte forskning som beskriver hur introduktionen eller träningen ska se ut (Warnicke m.fl., 2022). Detta gör att de behandlare själva behöver anpassa standarden och interventionen till den enskilde patienten. Interventionen riskerar då att se olika ut beroende på vem som ger den. Innehållet, kvalitén och säkerheten kan skilja sig, vilket i förlängningen kan leda till att möjligheten till likvärdig vård inte säkerställs.

Behandlare kan känna sig otrygga och osäkra i hur introducering och träning av O&F bör ges till personer med dövblindhet eftersom det inte finns några instruktioner eller rekommendationer att följa. Utbildning inom O&F är i dagsläget begränsad till en 10 dagars utbildning som ger det mest grundläggande färdigheterna till att använda den nationella standarden. Det ingår inte i utbildningen hur O&F introduceras eller tränas till personer som har dövblindhet. Eftersom de flesta regionerna har mindre dövblindteam som träffar patient med dövblindhet när det är aktuellt och det inte sker kontinuerligt finns risken att behandlaren inte är van och kan då känna sig otrygg i bemötandet till patienten med dövblindhet. Risken är stor att de därför blir osäkra när de möter en patient som har dövblindhet, hur de ska bemöta och träna med dem. Det behövs således mer utbildning i hur personer med dövblindhet bemöts och tränas. Behandlare behöver också vara trygga i att ge patienterna utbildning i hur de kan använda taktila kartor och hur de på bästa sätt kommunicerar med omgivningen när de är ute, allt detta för att öka den självständiga förflyttningen (Hersh, 2016).

I en rapport över habiliterande och rehabiliterande insatser till vuxna personer med dövblindhet framkom det att landets alla 21 regioner ger interventionen O&F men att det finns många utmaningar med att ge interventionen till målgruppen (Dath, 2020). En utmaning som lyftes i rapporten var träning till personer som tidigare förflyttat sig med mycket hjälp av hörseln och ekolokalisering, som på grund av försämrad hörselstatus inte längre kunde det. Nya strategier efter de nya förutsättningarna behöver skapas och tränas in. Det kan exempelvis handla om att träna med hörapparater utomhus, träna in nya ljud och riktningshörsel. En annan aspekt som lyftes i rapporten var utmaningen med att inte själv kunna teckenspråk när det är

patientens sätt att kommunicera på. Träning i okända miljöer var också en utmaning, då personer med dövblindhet ofta har begränsad rumsuppfattning (Dath, 2020).

Minskad rörlighet innebär ökad risk för isolering och psykisk ohälsa (Armstrongs m.fl., 2022; Jaiswal m.fl., 2018). Det innebär också en stor risk för att engagemang i meningsfulla aktiviteter och känslan av delaktighet hämmas (Kielhofner & Taylor, 2020). För att möjliggöra fortsatt förflyttningsmöjlighet är rehabiliterande insatser nödvändig för att införa kompenserande strategier, anpassning av miljö och användning av hjälpmedel för personer med dövblindhet. O&F är därför en mycket viktig intervention för att skapa delaktighet och engagemang i meningsfulla aktiviteter. Kunskapsgapet gällande O&F till personer med dövblindhet är stort på grund av den begränsade tillgången till forskning och beskrivningar av hur O&F introduceras och tränas med målgruppen.

Våren 2023 gjordes en mindre studie inom ramen för en magisteruppsats (Hurtig, 2023). Denna studie handlade om synpedagogers erfarenheter av att introducera eller träna O&F med personer med dövblindhet enligt den nationella standarden för orientering och förflyttning vid synnedsättning/blindhet. Det framkom att samtliga deltagare använde sig av den nationella standarden men att den behövde anpassas till patienten med dövblindhet. Det visade sig finnas stora utmaningar med hur standarden skulle anpassas. Flera hade begränsad erfarenhet av att arbeta med patienter som har dövblindhet och saknade en guide för hur O&F kan introduceras för eller tränas med målgruppen. O&F är en gedigen intervention som tar mycket tid av både behandlaren och patienten. Intränade rutter behövdes ofta göras om eftersom patientens dövblindhet inte sällan var progredierande och anpassningar efter de nya förutsättningarna var nödvändigt.

Interventionen riskerar i dagsläget att se olika ut beroende på vem som ger interventionen, vilket kan påverka kvalitén. För att behandlare ska ges möjlighet att känna sig mer trygga och säkra i bemötandet och hur instruktioner kan ges vid O&F behövs en guide. En guide för hur den nationella standarden för O&F kan anpassas till målgruppen. Detta för att säkerställa att interventionen O&F ges med jämlikt innehåll och god kvalité.

2. Syfte

Syftet är att ta fram och utvärdera en guide för hur orientering och förflyttning (O&F) kan introduceras för och tränas med personer med dövblindhet.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Utifrån en magisteruppsats om synpedagogers erfarenhet av att introducera och träna O&F till personer med dövblindhet (Hurtig, 2023), identifierades fem huvudområden som behöver anpassas ytterligare till målgruppens behov vid O&F. Dessa fem huvudområden var kommunikation, tid, taktilitet, hörsel förmåga och energiförbrukning. Utifrån dessa områden utvecklades en guide som beskrivs i denna rapport. Varje huvudområde presenteras i guiden med en beskrivande text om huvudområdet och därefter följer konkreta tips på hur anpassningen genomförs till patienter med dövblindhet. För att kvalitetssäkra guiden fick tre erfarna synpedagoger som arbetar med personer med dövblindhet utvärdera den. Detta gjordes genom en fokusgruppintervju. Utifrån diskussionerna i fokusgruppen genomfördes sedan en slutlig revidering av guiden.

3.2 Deltagare

Tre deltagare som arbetade i dövblindteam i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen rekryterades för att utvärdera guiden och ge förslag till vad som behövde förtydligas och eventuellt saknades. Alla tre definierade sig själva som kvinna. Genomsnittsåldern var 60 år och de hade i genomsnitt 14 års erfarenhet av att arbeta som synpedagog. Flera gånger i månaden arbetade de med introduktion och/eller träning i O&F till personer med dövblindhet.

3.3 Datainsamling

Utvärdering av guiden gjordes vid en fokusgruppintervju. Intervjun genomfördes vid ett tillfälle under 1,5 timme. En intervjuguide utformades för att säkerställa att samtliga huvudområden blev beaktade, samt för att röd tråd kunde hållas genom intervjun (Bilaga 1). Frågorna utformades utifrån syftet och på sådant sätt att det gavs utrymme för att följa deltagarnas resonemang med eventuella följdfrågor (Malterud, 2014). Intervjuguiden diskuterades och reviderades för att förtydliga frågeställningarna efter handledning med handledaren. Författaren (EH) till rapporten höll i intervjun och handledaren (AW) deltog som observatör och skrev minnesanteckningar.

Fokusgruppintervjun genomfördes digitalt via Teams och spelades in med ljud och bild. Anteckningar fördes under intervjun som ett komplement till det inspelade datamaterialet. De tre ovannämnda deltagarna diskuterade innehållet och utformningen av guiden.

3.4 Analys

Bearbetning och analys av insamlade data genomfördes genom kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Det inspelade materialet transkriberades och anteckningarna studerades flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Manifest innehållsanalys med låg tolknings- och abstraktionsnivå användes för att arbeta nära materialet för att inte riskera att övertolka insamlade data (Graneheim & Lundman, 2004).

Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter (meningar och fraser med relevant information). Därefter kategoriseras koderna i grupper som återspeglar det centrala budskapet. De bärande begreppen med gemensamt eller liknande innehåll kunde sedan slås samman och bildade då underkategorier. Slutligen preciserades kategorier utifrån underkategorierna (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

3.5 Etiska överväganden

I denna studie har särskilt följande tre krav beaktats:

Informationskravet: deltagarna informerades om projektet både muntligt och i skrift. De informerades om att studien gjordes inom ramen för ett FoUU projekt för Region Skåne. Deltagandet var frivilligt och deltagarna var informerade om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att uppge orsak (Vetenskapsrådet, 2017).

Samtyckeskravet: samtycke till medverkan gavs muntligen av informanterna.

Nyttjandekravet: deltagarna informerades om att insamlad data endast används till det aktuella projektet och att dessa raderas efter att rapporten publicerats.

4. Resultat

Resultatet från bearbetning och analys av insamlade data resulterade i 127 koder, 16 bärande begrepp, åtta underkategorier och slutligen tre övergripande kategorier. De tre kategorierna var: guidens innehåll och struktur; krav på förkunskap och förberedelse vid användning av guiden; och viktiga anpassningar till målgruppen.

För utförligare beskrivning av analysen, se tabell 1.

Tabell 1. Analysträd för de tre olika kategorierna.

Kategorier	Underkategorier	Bärande begrepp
Guidens innehåll och struktur	Utveckling av guide	<ul style="list-style-type: none"> Bra innehåll Saknas eller behöver utvecklas Utveckling av den skrivna texten
Krav på förkunskap och förberedelse vid användning av guiden	Krav på grundläggande kunskap och utforskande Anpassning av kommunikationssätt Att ge interventionen på säkert och tryggt sätt Använda kroppen som redskap	<ul style="list-style-type: none"> Kartläggning av patientens förmågor och hjälpmedel. Krav på grundläggande kunskap Kommunikation Behov av förberedelse Säkerhet Taktilitet Kroppsmedvetenhet
Viktiga anpassningar till målgruppen	Arbeta tillsammans med patienten Faktorer som påverkar energiförbrukningen Användning och anpassning av hjälpmedel för O&F	<ul style="list-style-type: none"> Utforska med patienten Allians Omställning/ anpassa Energi Vita käppen Hjälpmedel

4.1 Guidens innehåll och struktur

Deltagarna bekräftade att den framtagna guiden var adekvat och rimlig för målgruppen med dövblindhet. Dock saknades en beskrivning av vilka förväntningar på förkunskap som fanns på behandlarna för att kunna använda guiden.

Huvudområdena var bra enligt deltagarna men de saknade definition och beskrivning av dem. Huvudområdet taktilitet var ett sådant område som deltagarna upplevde lämnade tolkningsutrymme för läsaren och kunde innebära flera saker och osäkerhet kunde uppstå över ordets betydelse. Deltagarna noterade även att kroppsmedvetenhet gick under taktilitet och borde lyftas ut till ett eget huvudområde då det inte är samma sak som taktilitet. Deltagarna kom under fokusgruppsintervjun fram till

att kroppsmedvetenhet innefattade medvetenhet om kroppens behov och kroppsdelars position och rörelse. Detta skiljer sig från taktilitet som i O&F innefattar beröringssinnet som tar emot och ger information via tryck, vibrationer, textur, temperatur, smärta och position på vår hud.

Beskrivningarna av de olika huvudområdena behövde struktureras för att bli tydligare och mer läsvänliga. Samtliga huvudområden innefattade en mängd olika behov hos målgruppen med dövblindhet och det tenderade att bli mycket text. Deltagarna menade på att det kunde bli svårt att sortera i all text och hitta det som var relevant utifrån situation. Underrubriker skapades därför för mer struktur, ökad tydlighet samt göra det lättare att orientera sig i texten. Det kunde exempelvis innebära att lära sig förflytta sig med hörapparater, förändrad pendlingsteknik och utprovning av ny doppsko efter ändamål.

4.2 Krav på förkunskap och förberedelse vid användning av guiden

Deltagarna beskrev att det är väldigt viktigt med goda kunskaper inom synrehabilitering samt gällande användandet av den nationella standarden för O&F för synnedsättning/blindhet, för att kunna arbeta med O&F med patienter som har dövblindhet. Det ansågs inte vara möjligt att förstå och ha användning av den framtagna guiden om behandlarna inte hade tidigare erfarenheter. För att arbeta med patienter som har dövblindhet krävs det anpassning specifikt efter individens behov och förutsättningar, "den ena är aldrig den andra lik". Deltagarna poängterade också att förberedelser är väldigt viktigt för att planera och strukturera upp interventionen.

Samarbetet med patienten är viktigt. Upptagningsområdet för de olika regionerna är stort och ibland är önskad förberedelse inte genomförbar på grund av långa avstånd. Då är samarbetet med patienten extra viktigt för att tillsammans planera rutter och sträckor. Det är också viktigt att tillåta att det ibland blir fel, att man då kan backa tillbaka och göra om eller göra på annorlunda sätt. Klimatet mellan yrkesverksam och patient behöver vara tillåtande för misstag och öppet för att finna nya lösningar.

Kommunikationen är mycket viktigt, att den anpassas efter patientens behov för att interventionen ska vara genomförbar. Det var också viktigt att kommunikationsaspekten förtydligades i guiden med dess olika områden. Olika områden kunde exempelvis vara att; använda dövblindtolk, var kommunikationen skulle ske eller anpassning av kommunikation. Kommunikationen hos patienterna med dövblindhet varierar mycket och det var viktigt att en bredd av kommunikationsmöjligheter presenteras i guiden.

Samtliga deltagare beskrev att det är mycket viktigt att behandlaren är trygg och säker i sitt bemötande till patienten med dövblindhet. Detta kan exempelvis innebära att motivera för bättre och säkrare förflyttningssträcka men också för att stoppa patienten med dövblindhet och avgöra vad som blev säkrast i aktuell situation.

4.3 Viktiga anpassningar till målgruppen

Träning i att öka patientens medvetenhet om kroppens placering i stillastående och rörelse är viktigt. Kroppsmedvetenheten kan vara avgörande för om förflyttningen ska ske på sådant sätt som planeras. För att träna kroppsmedvetenhet menade deltagarna att viktiga moment utgörs av träning av balans, avslappningsövningar, gå

rakt och ta riktning, säkerställa god ergonomi i förflyttning och kunna tolka kroppens signaler. Detta är viktigt att kunna förklara och motivera för patienten. Även det taktila sinnet behöver tränas för att patienten ska kunna tolka och förstå den information som fås via beröringssinnet. Detta är viktigt för behandlarna att tänka på.

Alliansen mellan behandlaren och patienten behövs för att samarbetet ska fungera bra. Detta för att tillsammans identifiera och resonera om bästa möjliga rutter och hur förflyttningen kan ske. Deltagarna uppgav att det krävs nära samarbete och förmåga att lyssna in patientens behov och önskemål, då patienterna ofta har god kännedom om sina förmågor. Utforskandet i hur rutter och sträckor utformades på bästa sätt innebär ett ständigt samarbete med lyhördhet för varandra.

Användandet av hjälpmedel var en annan aspekt som deltagarna lyfte som en viktig del i O&F träningen. Deltagarna menade att många patienter behöver få prova olika doppskor exempelvis för att identifiera den som fungerar bäst för dem ljudmässigt. Doppskor är små utbytbara "sko" som fästs i änden av en vit käpp. De finns i olika material och former beroende på underlag och användningssätt. Många ljud i omgivningen kan störa patientens koncentration i O&F och en doppsko som låter så lite som möjligt och fastnar så lite som möjligt underlättar. Behov av längre längd på den vita käppen än det som rekommenderas uppgav samtliga deltagare också var vanligt, detta för att patienten då får längre reaktionstid. Längre reaktionstid behövs för att patienter med dövblindhet inte kan förlita sig på ljud i omgivningen för att reagera på eventuella hinder, den taktila förmågan är den som patienten kan förlita sig mest på och med extra reaktionstid minskar riskerna för olycksfall genom att exempelvis snubbla och falla.

Användandet och anpassning av hörselhjälpmedel var ett annat ämne som deltagarna resonerade om. Det krävs kunskap om patientens hörselhjälpmedel, om deras hörapparater och eventuella tilläggsteknik för kommunikation. Det är vanligt att patienterna själva inte har kännedom om sina hjälpmedel och dess inställningar och program. Deltagarna menade att det är viktigt att kontakt tas med förskrivande audionom för att skaffa sig god kännedom om hörapparaternas inställningar och program. Det kan också vara så att ett särskilt program behöver skapas eller introduceras för att möjliggöra bättre hörselförmåga vid O&F utomhus. Samarbetet med hörselvården är därför mycket viktig och kan också vara avgörande för kvalitén på interventionen. Utifrån ovanstående förslag till förbättringar togs den slutliga versionen av guiden fram (Bilaga 2).

5. Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att ta fram och kvalitetssäkra en guide för hur interventionen O&F anpassas till personer med dövblindhet baserat på den nationella standarden för O&F vid synnedsättning/blindhet. Analysen av sakkunnigas synpunkter på guiden resulterade i tre förbättringsområden: 1. Innehåll och struktur i guiden; 2. Krav på förkunskap och förberedelse vid användning av guiden; samt 3. Viktiga anpassningar till målgruppen.

De tre perspektiven bidrog till utvecklingen av den i denna rapport framtagna guide, innehållet blev mer specificerat och flera aspekter av behov och förutsättningar inkluderades.

Resultatet av detta kvalitetsförbättrande arbete visade att "tillräckligt med tid" och "god kommunikation" är två viktiga aspekter att särskilt beakta vid träning av O&F. Tid behövs för att det är viktigt att interventionen inte stressas igenom. Utrymme till behandlaren för att utforska och planera interventionen så att den passar patientens förutsättningar. God kommunikation är avgörande för måluppfyllelse i O&F. Kommunikationen med patienten måste fungera, även kommunikation och samverkan med hörselvården är avgörande (Hurtig, 2023).

Resultatet visade att det krävs av de som ska genomföra interventionen, att de redan har kunskap och erfarenhet av att använda den nationella standarden för O&F. Detta för att kunna använda den med patienter med dövblindhet. Anpassning och utformning av interventionen behövde göras efter patientens behov och förutsättningar. Dessa behov och förutsättningar skiljde sig mycket åt mellan individerna (NVC, 2024; Wahlqvist m.fl., 2013; WFDB, 2018) och guiden behövde därför fånga en bredd av olika behov och förutsättningar. Introduktion till guiden lades till för att tydliggöra vilken grundläggande kunskap som krävs av behandlarna för att kunna använda guiden tillsammans med den nationella standarden för O&F.

Huvudområdena definierades och beskrevs för att tydliggöra innebörden i guiden. Underrubriker lades till under samtliga beskrivningar under respektive huvudområde för att tydliggöra innehållet mer, detta gjorde att läsvänligheten ökade. Det bidrog också till att det var lättare att orientera sig i texten och hitta det som var aktuellt utifrån den patient som behandlaren skulle möta. För att öka användbarheten är det viktigt att guiden är tydlig och enkel att ta till sig. Tidigare fanns det ingen guide för hur O&F anpassas till personer med dövblindhet (Hurtig, 2023; Warnicke m.fl., 2022), vilket gjorde att interventionens kvalitet riskerade att variera.

Guiden kan användas för att utforska och ta reda på patientens styrkor, behov och önskemål. Genom att använda patientens styrkor kan delaktigheten i interventionen öka (Kielhofner & Taylor, 2020; Jo & Kim, 2022). Det är viktigt att göra patienten delaktig och engagerad i planering och genomförande av interventionen vilket stämmer överens med teorin Model of Human Occupation [MOHO] (Kielhofner & Taylor, 2020). MOHO är en arbetsterapeutisk teori och aktivitetsfokuserad modell med fokus på personers engagemang och delaktighet i aktivitet.

5.2 Implementering

Interventionen O&F ges kontinuerligt till patienter med dövblindhet enligt den nationella standarden för O&F vid synnedsättning/blindhet. Som tidigare beskrivits är denna nationella standard inte anpassad till personer med dövblindhet. Den här framtagna guiden kan därför implementeras i verksamheten för att säkerställa kvalitén i insatsen O&F vid dövblindhet. I samband med implementeringen behöver genomgång och information ges muntligt. Guiden är tänkt som ett komplement till den nationella standarden. Guiden kommer att finnas tillgänglig för andra att ta del av.

Implementeringsarbete tar två till fyra år och pågår vanligtvis under fyra faser, de är: *behovsinventeringen, installation av metoden, användning av metoden och vidmakthållande av metoden* (Socialstyrelsen, 2012).

- *Behovsinventeringen* är genom denna rapport genomförd och behovet av kompletterande guide till nationella standarden visades vara stort. Målet är att behandlare genom guiden ska kunna ge interventionen O&F till personer med dövblindhet på ett tryggt och säkert sätt med god och mer likvärdig kvalitet.
- *Installation av metoden* görs till yrkesverksam personal inom verksamhet som arbetar med O&F till personer med dövblindhet. Rapport tillsammans med guide publiceras och blir därmed tillgänglig för alla.
- *Användning av metoden*, guiden tillsammans med rapporten ska underlätta för behandlaren att använda guiden på korrekt sätt.
- *Vidmakthållande av metoden* görs genom återkommande uppföljningar av huruvida guiden används eller ej. Utvärdering av guidens användbarhet och nytta i det kliniska arbetet behöver följas upp.

5.3 Metoddiskussion

Utifrån valt syfte var deskriptiv design med kvalitativ metod den som passade för arbetes genomförande. Manifest induktiv ansats valdes för att arbeta textnära och med låg tolkningsgrad, detta för att lyfta och praktiskt omsätta det deltagarna diskuterade i utformningen av guiden.

Urvalsförfarandet gjordes genom målstyrt urval (Bryman, 2018), för att få deltagare som arbetar med personer med dövblindhet till vardags. Det finns begränsat med behandlare som arbetar med personer som har dövblindhet kontinuerligt (Dath, 2020). Den genomsnittliga erfarenheten var 14 år bland deltagarna, vilket visar på en gedigen kunskap och beprövad erfarenhet. I detta kvalitetsförbättrande arbete var erfarenhet och kunskap viktigare än antalet deltagare. Eftersom en guide skulle utvärderas och ingå som föremål i en fokusgruppintervju var det av vikt att deltagarna var väl erfarna personer som ofta arbetar med interventionen O&F till personer med dövblindhet.

Fokusgruppintervjun bidrog till diskussioner och resonemang mellan deltagarna om ämnet O&F och den framtagna guiden. Enligt Bryman (2018) bör fokusgruppintervju

ske med flera grupper för att minska risken för att diskussionen är specifikt för just den gruppen. Detta kan vara en brist för arbetet då enbart en intervju genomfördes.

Databearbetningen genomfördes stegvis, för att inte riskera att påskynda eller stressa fram ett resultat.Handledning var viktig under analysfasen för att säkerställa att analysen genomfördes på korrekt sätt med minsta möjliga egna tolkningar av det insamlade materialet. Det hade varit att föredra att ha mer än en person i analysfasen för att diskutera och jämföra varandras analyser för ett säkrare resultat, dock deltog handledaren i fokusgruppsintervjun och fick därigenom inblick i resultatets tillförlitlighet.

Respekt och hänsyn har tagits till deltagarna utifrån forskningsetiska krav: informationskravet; samtyckeskravet; konfidentialitetskravet; samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2017). Deltagarna fick information om studien och samtycke för deltagande gavs. Resultatet är redovisat på gruppnivå. Deltagarna fick inte möjlighet att läsa igenom det transkriberade materialet, vilket kan innebära en brist för arbetet då innehållet i intervjun inte säkerställdes av deltagarna. Intervjun handlade enbart om deltagarnas professionella erfarenheter utifrån profession så ansågs risker för deltagande låga.

6. Slutsatser

Guiden för hur den nationella standarden för O&F vid synnedsättning/blindhet har i denna studie anpassats till personer med dövblindhet och utformats för att säkerställa att interventionen O&F ges med hög kvalitet. Guiden behandlar sex huvudområden; kommunikation, tid, taktilitet, kroppsmedvetenhet, hörsselförmåga och energiförbrukning. I de olika områdena presenteras beskrivningar på vad som behöver anpassas och tas i beaktande vid olika behov utifrån kombinationen syn- och hörselnedsättning. Slutligen finns det tillhörande konkreta tips till varje huvudområde för att överskådligt och snabbt få användbara tips och strategier inför interventionen O&F med patient som har dövblindhet. Guiden kan användas som ett komplement till den nationella standarden. Grundläggande kunskaper i hur den nationella standarden fungerar behövs. Vidare studier behövs för att utvärdera och validera materialet.

Detta kvalitetsförbättrande arbete bidrog till att en guide utformades för hur O&F enligt den nationella standarden för O&F anpassas till personer med dövblindhet. Guiden bidrar till att behandlarna får information och kunskap för hur interventionen kan ges på ett säkert och tryggt sätt med hög kvalitet.

Referenser

Armstrong, M.N., Ligo Teixeira, V.C., Gendron, C., Brenowitz, W.D., Lin, F.R., Swenor, B., Deal, J.A., Simonsick, E.M., Jones, R.N. (2022). Associations of dual sensory impairment with incident mobility and ADL difficulty. *The American Geriatrics Society*, 2022(70), 1997–2007. DOI: [10.1111/jgs.17764](https://doi.org/10.1111/jgs.17764)

Ask Larsen, F., & Damen S. (2014). Definitions of deafblindness and congenital deafblindness. *Research in Development Disabilities*, 35(2014), 2568-2576. DOI: [10.1016/j.ridd.2014.05.029](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.05.029)

Ballemans, J., Kempen, G., and Rixt-Zijlstra, GA. (2011). Orientation and mobility training for partially-sighted older adults using an identification cane: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 25(10) 880–891. DOI: [10.1177/0269215511404931](https://doi.org/10.1177/0269215511404931)

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (Tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Chanana, P., Paul, R., Balakrishnan, M. & Rao, PVM. (2017). Assistive technology solutions for aiding travel of pedestrians with visual impairment. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering Volume 4: 1–16*. DOI: [10.1177/2055668317725993](https://doi.org/10.1177/2055668317725993)

Dammeyer, J. (2014). Deafblindness: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2014(42) 554–562. DOI: [10.1177/1403494814544399](https://doi.org/10.1177/1403494814544399)

Dath, A., (2020). *Habilitering och rehabilitering för personer med dövblindhet: hur den är organiserad och vilka insatser som erbjuds i Sveriges regioner*. Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. https://nkcdb.se/wp-content/uploads/2021/01/Projektrapport_1_210215_TG.pdf

Ehn, M., Anderzén-Carlsson, A., Möller, C., & Wahlqvist, M. (2019). Life strategies of people with deafblindness due to Usher syndrome type 2a - a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* (14:1656790). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1656790>

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (2004)24, 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(2017), 29–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Hersh, M.A. (2016). Improving Deafblind Travelers' Experiences: An International Survey. *Journal of Travel Research* 2016, 55(3), 380–394. <https://doi.org/10.1177/0047287514546225>

Hurtig, E. (2023). *Synpedagogers erfarenheter av att introducera och träna orientering och förflyttning med personer som har dövblindhet*. [Magisteruppsats,

Örebro universitet]. DiVA. Microsoft Word - Examensarbete Emy Hurtig .docx (diva-portal.se)

Jacobson, W.H. (2013). *art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments*. USA: AFB press.

Jaiswal A, Aldersey H, Wittich W, Mirza M, Finlayson M (2018) Participation experiences of people with deafblindness or dual sensory loss: a scoping review of global deafblind literature. *PLoS ONE* 13(9): e0203772.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203772>

Landstinget Dalarna., syncentralen Örebro läns landsting., syncentralen Stockholms läns landsting., hjälpmedel Stockholm. & Stockholms syncentral (2007). *Utveckling av nationell standard för syncentralerna i Sverige i orientering och förflyttning (O&F) [Elektronisk resurs]*. Falun: Landstinget Dalarna, LD Hjälpmedel, Syncentralen.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (219–234). Lund: Studentlitteratur.

Kielhofner, G., & Taylor, R.R. (2020). *Kielhofners model of human occupation: teori och tillämpning*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. (2021a). *Förekomst av dövblindhet*.
<https://nkcdb.se/om-dovblindhet/forekomst/>

Nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor. (2021b). *Om dövblindhet*.
<https://nkcdb.se/om-dovblindhet/>

Nordens Vårdscenter. (2024). Dövblindverksamhet. Nordens Vårdscenter,
<https://nordicwelfare.org/funktionshinder/dovblindverksamheten/>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. [tps://www.vr.se/analys/rapporter/vara-
rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html](https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html)

Vincent, C., Routhier, F., Martel, V., Mottard, ME., Dumont, F., Côté, L. & Cloutier, D. (2014). Field testing of two electronic mobility aid devices for persons who are deaf-blind. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 9(5). 414-420, DOI: 10.3109/17483107.2013.825929

Socialstyrelsen. (2012). *Om implementering*.
[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-
dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf)

Wahlqvist, M., Möller, C., Möller, K., & Danermark, B. (2013). Physical and psychological health in persons with deafblindness that is due to Usher syndrome type II. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 107(3). 207-220.

Warnicke, C., Wahlqvist, M., Anderzén-Carlsson, A., & Sundqvist, A-S. (2022). Interventions for adults with deafblindness - an integrative review. *BMC Health Services Research* 22(1594). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08958-4>

World Federation of the Deafblind. (2018). *At risk of exclusion from CRPD and SDGs implementation: inequality and persons with deafblindness*. <http://www.wfdb.eu/wp-content/uploads/2019/04/WFDB-global-report-2018.pdf>

Ygge, J. (2011). *Ögat och synen*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

Syfte: Syftet är att ta fram och utvärdera guide för hur orientering och förflyttning anpassas vid introducering och träning med personer med dövblindhet.

Medverkan är helt frivillig och kan när som helst välja att avsluta sin medverkan. Intervjun kommer att spelas in både med bild och ljud för att säkerställa data.

Inledande frågor:

Könstillhörighet?

Ålder?

Var arbetar du?

Hur länge har du arbetat som synpedagog?

Hur länge har du arbetat med O&F?

Vilken utbildning har du gällande O&F?

Hur ofta utför du träning i O&F med person som har dövblindhet?

Spontana reflektioner?

Innehåll

Känns innehållet i de framtagna guiden relevant?

Känns huvudområdena relevanta? – Kommunikation – Tid – Taktilitet – Hörsel förmåga – Energiförbrukning

Följdfråga: Finns det något som saknas?

Följdfråga: Varför ska det vara med?

Följdfråga: Något som bör formuleras om?

Hur upplevs innehållet i beskrivningarna till respektive huvudområde?

Följdfråga: Saknas något?

Följdfråga: Hur hade de kunnat förtydligas/utvecklas?

Följdfråga: Något som bör formuleras om?

Hur upplevs innehållet i de konkreta tipsen?

Följdfråga: Saknas något?

Följdfråga: Hur hade de kunnat förtydligas/utvecklas?

Följdfråga: Något som bör formuleras om?

Användarvänlighet

Hur användarvänligt är den framtagna guiden?

Följdfråga: Är de lätta att ta till sig?

Följdfråga: Är de lätta att förstå?

Följdfråga: Behöver något utvecklas eller tas bort?

Hur tycker ni att layouten på guiden ska se ut för att vara tilltalande och tillgänglig för behandlare?

Vill någon tillägga något?

Tack för er medverkan!

Bilaga 2. Guide till introduktion och träning i orientering och förflyttning för personer med dövblindhet.

Personer med dövblindhet behöver bli introducerade och tränade i orientering och förflyttning (O&F). Det är viktigt att behandlaren har goda grundläggande kunskaper i O&F vid synnedsättning/blindhet enligt den nationella standarden. Detta för att kunna anpassa interventionen efter behov och förutsättningar som personen med dövblindhet har.

Guiden är framtagen för att vara ett komplement och stöd till behandlaren för hur introducering och träning i O&F anpassas till personer med dövblindhet. Samtliga huvudområden är viktiga och står inte i någon inbördes ordning. Synperspektivet lyfts inte som ett enskilt huvudområde, då det förväntas att behandlaren redan har det perspektivet med sin in i mötet med patienten. Guiden är framtagen utifrån det som blir utöver synnedsättningen/synproblematiken, det vill säga kombinationen syn- och hörselnedsättning och dess konsekvenser. Målgruppen med dövblindhet är heterogen och interventionen behöver anpassas efter patientens individuella behov och förutsättningar.

Kommunikation och tid är något som är konstant återkommande under O&F vid dövblindhet. Kommunikationen är grunden för interventionen, om patienten inte kan tillgodogöra sig instruktioner och information så är måluppfyllelse för O&F inte möjlig. Tiden är viktig för att det behöver finnas utrymme för att interventionen får lov att ta tillräckligt mycket tid. Detta för att kunna säkerställa god kommunikation, anpassa tempot efter behov, tillsammans med patienten utforska den taktila förmågan och kroppsmedvetenhet, samt att ta hänsyn till patientens energinivå.

Område	Beskrivning	Tips
<p>Energiförbrukning: Förbrukning av energi i aktivitet. Olika aktiviteter tar olika mycket energi.</p>	<p>Energibalans Balans mellan aktivitet och vila är viktigt för att orka vardagen.</p> <p>Personer med dövblindhet har vanligtvis mindre total energimängd redan på morgonen än vad andra har.</p> <p>Vissa aktiviteter kräver mer energi än vad det krävs för andra.</p> <p>Viktigt att kartlägga energinivån hos patienten för att planera interventionen på rätt nivå för patienten.</p> <p>Progredierande tillstånd Patienterna lever ofta i ett progredierande tillstånd, vilket gör att ett eller flera sinnen försämras över tid.</p> <p>Patienten behöver ständigt anpassa sig efter nya förhållanden med syn och hörsel, detta påverkar det psykiska måendet.</p> <p>Involvera psykosocialt stöd till patienten.</p> <p>Timing Timing, samordning och synkronisering i teamet för eventuella parallella processer hos patienten.</p>	<p>Utforska energinivån.</p> <p>Ta pauser.</p> <p>Tänk på timing.</p> <p>Hänsyn till psykiska måendet.</p> <p>Involvera psykosocialt stöd.</p> <p>Ta ansvar för att avbryta träningen om det behövs.</p> <p>Uppmuntra till andra färd sätt för att spara energi vid behov.</p>

	<p>Timing för att patienten ska ha tillräckligt med ork och motivation för att arbeta med O&F.</p> <p>Energiförlust Kraftigt nedsatt energi och hög energiförlust i aktivitet är vanligt hos personer med dövblindhet.</p> <p>Hänsyn behöver tas till patientens energinivå just den dagen och tidpunkt. Viktigt med flera pauser.</p> <p>Stämna av energinivån hos patienten under träningsmomenten.</p> <p>Ta ansvar för att avbryta träningen om patientens energi inte räcker till.</p> <p>Spara energi För dialog med patienten om andra sätt att förflytta sig för att spara på energin.</p> <p>Själva förflyttningen kan ta så mycket energi att patienten sedan inte har ork och kraft till att delta i valt sammanhang.</p> <p>Andra sätt att ta sig till valt sammanhang för att spara energi kan vara:</p> <p>Åka färdtjänst.</p> <p>Använda ledsagning.</p>	
--	---	--

<p>Hörselförmåga: Förmåga att via hörselsinnet uppfatta ljud.</p>	<p>Varierad förmåga att höra Hörselförmågan varierar och därför är det viktigt att utforska patientens hörselförmåga.</p> <p>Patientens medvetenhet om sin hörselförmåga kan variera mycket. Instruktioner och träningen behöver anpassas efter patientens hörselförmåga.</p> <p>Väderförhållanden påverkar hörselförmågan, blåsigt väder låter mycket i hörselhjälpmedlen och gör att hörselförmågan försämras kraftigt.</p> <p>Hörselhjälpmedel Hörselhjälpmedel kan vara hörapparater, cochleaimplantat, benförankrad hörapparat. Innefattar även tilläggsteknik till hörapparaterna som gör att patienten hör bättre, exempelvis slinga.</p> <p>Patientens hörselhjälpmedel behöver utforskas för att veta dess funktion och hur de kan användas och eventuellt påverkar O&F.</p> <p>Inte ovanligt att hörselhjälpmedel gör att omgivningsljud stängs ute och patienten enbart hör den som har mikrofonen. Viktigt att ha kännedom och kunna förhålla sig till.</p>	<p>Utforska hur patienten hör i olika miljöer.</p> <p>Vilka hörselhjälpmedel finns och hur används de?</p> <p>Vilka funktioner/program finns det på hörselhjälpmedlen?</p> <p>Instruktioner ges i tyst och lugn miljö.</p> <p>Samarbete med förskrivande audionom.</p>
--	---	--

	<p>Varierande förmåga att uppfatta ljud Ljud uppfattas ofta olika från patient till patient, det kan upplevas störande för någon men för en annan är ljudet en trygghet, exempelvis en trafikerad väg.</p> <p>Hörselförmågan kan också variera beroende på situation, inomhus i lugn miljö kan hörseln vara god men utomhus vid trafikerad väg är hörseln inte användbar.</p> <p>Samverkan med förskrivande audionom. Samverka med förskrivande audionom är viktig för att öka din kunskap om patientens hörselförmåga.</p> <p>Införskaffa sig kunskap om patientens inställningar i hörselhjälpmedlen. Det behövs kanske läggas till program för att optimera O&F utomhus.</p> <p>Det är inte självklart att patienten har kännedom om vilka inställningar ens hjälpmedel har.</p>	
<p>Kommunikation: Ömsesidig överföring och utbyte av information. Både verbalt och icke verbalt.</p>	<p>Anpassa kommunikation Väl fungerande kommunikation är grundläggande för genomförandet och kvalitén av interventionen.</p> <p>Viktigt att säkerställa så att kommunikationen är anpassad utifrån patientens behov och förutsättningar. Bristande kommunikation gör att patienten med dövblindhet inte kan tillgodogöra sig instruktioner och syftet med interventionen går förlorad.</p>	<p>Säkerställ så att patient uppfattar och förstår instruktioner.</p> <p>Kommunikation sker i tyst och lugn miljö.</p> <p>Strategisk placering.</p> <p>Använd socialhaptiska signaler.</p>

	<p>Hur kommunikationsmetoden ser ut är olika. Utforska hur individens behov ser ut, behöver hen: talat språk, teckenspråk, taktilt teckenspråk, behövs dövblindtolk? Kanske behövs en kombination av talat språk och teckenspråk?</p> <p>Hörselhjälpmedel för bättre kommunikation – var god se avsnittet om hörsel förmåga.</p> <p>Sammanfatta och summera det som ni kommit överens om eller har genomfört.</p> <p>Använda dövblindtolk När dövblindtolk används så behöver behandlaren säkerställa att kommunikation fungerar för alla parter. Se till att gemensamt språk används, var eniga om termers innebörd och hur det tecknas.</p> <p>Att använda samma dövblindtolk genom hela interventionen rekommenderas, eftersom arbetssättet mellan yrkesverksam, dövblindtolk och patient byggs upp och riskerar att behövas göras om vid byte av dövblindtolk. Det kan också ha betydelse för patientens trygghet under interventionen.</p> <p>Nivån på språket behöver anpassas efter patientens nivå, exempelvis om personen är en ny användare av teckenspråk, nyligen gått över till taktilt teckenspråk och/eller har svårt att uppfatta talat språk.</p>	<p>Sammanfatta och summera.</p>
--	--	---------------------------------

	<p>Var ska kommunikation ske? Det är individuellt hur och var kommunikation med patient kan ske, det viktigaste är att patienten kan uppfatta och förstå informationen.</p> <p>I första hand rekommenderas alltid tyst och lugn miljö. Även om patienten kan ta emot information i bullrigare miljö så tar det mindre energi från patienten om dialog förs i lugn ljudmiljö.</p> <p>Fundera över och utforska var det är möjligt att kommunikation sker, är det möjligt att kommunicera parallellt med aktivitet? Är det viktigt att kommunikationen sker i lugn och tyst miljö, det vill säga kommunikation utomhus är inte möjlig? Vilka miljöfaktorer påverkar kommunikationen?</p> <p>Placera sig strategiskt så att patienten ser och/eller hör efter bästa förmåga.</p> <p>Samarbeta och för dialog med patienten, detta för att de ofta har god kännedom om egen förmåga.</p> <p>Kommunikation med socialhaptiska signaler Socialhaptiska signaler är bra att använda sig av oavsett personens kommunikationssätt, detta för att det kompletterar det tecknade/talade språket.</p> <p>Socialhaptiska signaler är ett <i>komplement</i> till det talade eller tecknade språket. Och kan användas till att bekräfta i en kommunikationssituation, förmedla känslor, beskriva</p>	
--	---	--

	<p>miljön eller rummet. Detta görs taktilt, ofta på ryggen, överarm eller på benet.</p> <p>Vid O&F så kan socialhaptiska signaler med fördel användas för att beskriva miljön, ange riktningar och bekräfta i kommunikationssituation.</p>	
<p>Kroppsmedvetenhet: Medvetenhet om kroppens behov och kroppsdelars position och rörelse.</p>	<p>Medvetenhet hos patienten Utforska patientens medvetenhet om sin egen kropp.</p> <p>Träna kroppsmedvetenhet Arbeta och instruera i avslappningsövningar, uppmuntra patienten att göra det hemma.</p> <p>Träna kroppsmedvetenhet med patienten.</p> <p>Hur placerar kroppen sig i förhållande till ben och fötter.</p> <p>Träning i att ta och hålla riktning</p> <p>Träning att gå rakt</p> <p>Träna på att tolka signaler från kroppen, exempel hur känns det vid en lutning eller varierande underlag, gå/stå mellan två hus, att stå på ett torg.</p> <p>Träna balans.</p> <p>Säkerställ god ergonomi i förflyttning</p>	<p>Avslappningsövningar.</p> <p>Träna kroppsmedvetenhet.</p> <p>Träna balans.</p> <p>Riktningsovningar.</p> <p>Samverka med fysioterapeut.</p>

	Samverka med fysioterapeut för kroppsmedvetenhet, ergonomi och balansträning. Säkerställ god ergonomi i förflyttning.	
Taktilitet: Beröringssinnet som tar emot och ger information via tryck, vibrationer, textur, temperatur, smärta och position på vår hud.	<p>Taktila förmågan Den taktila förmågan behöver stort fokus.</p> <p>Patienter med dövblindhet kan i regel inte kan orientera sig efter ljud, därför behöver stort fokus ligga på att träna den taktila förmågan.</p> <p>Orienteringspunkter Orienteringspunkter behöver vara taktila och fasta hållpunkter.</p> <p>Patienten behöver träning i att känna och identifiera underlaget som förflyttningen sker på.</p> <p>Spatiala förmågan Förmågan att orientera sig i omgivningen. Och att kunna visualisera och använda det man ser och/eller uppfattar i omgivningen.</p> <p>Den spatiala förmågan är ofta nedsatt hos personer med dövblindhet. Det gör att det är svårt att placera sig själv i förhållande till omgivningen.</p>	<p>Träna taktila förmågan.</p> <p>Använd ritmuff.</p> <p>Använd socialhaptiska signaler.</p>
Tid: tidsförbrukning genomsyrar hela interventionen och varje delmoment behöver få ta tid.	<p>Gedigen insats som tar tid Insatsen O&F är en gedigen insats och behöver få ta tid, detta för att kunna anpassa interventionen så att den passar patienten.</p>	<p>Låt det få ta tid.</p> <p>Samarbeta med patienten.</p>

	<p>Flera delmoment som gör att den totala interventionen tar tid.</p> <p>Säkerställa att patienten förstått instruktioner och information.</p> <p>Upprepa och repetera information för att säkert veta att patienten uppfattat rätt.</p> <p>Reka och planera rutt inför patientmötet.</p> <p>Arbeta tillsammans med patienten för att identifiera bästa rutt.</p> <p>Skapa allians och tilltro mellan yrkesverksam och patient, detta för att dialog och samarbete sinns emellan är nödvändigt för att interventionen ska ges med hög kvalitet.</p> <p>När det blir fel eller inte säkert så får man backa och göra om/ göra annorlunda.</p> <p>Anpassa tempot Tempot behöver vara lägre, med flera pauser för att passa patientens kapacitet och energinivå.</p> <p>En sak i taget.</p> <p>Instruktioner kan inte ges parallellt med förflyttning. Instruktioner ges först för att sedan genomföra det man kommit överens om.</p>	<p>Det är OK att det blir fel.</p> <p>Lägre tempo.</p> <p>En sak i taget.</p> <p>Säkerställ god käppteknik.</p> <p>Träna det taktila- och doft sinnet.</p>
--	---	--

	<p>Träna käppteknik Viktigt med god käppteknik.</p> <p>Utprovning av vit käpp.</p> <p>Utprovning av doppsko efter ändamål. Olika om ljudet från doppskon upplevs störande eller inte av patienten.</p> <p>Glidteknik är vanligare till personer med dövblindhet, detta för att patienten då har ständig taktil kontakt med underlaget.</p> <p>Pendlingsteknik kan vara störande på grund av ljudet för en hörapparatbärare.</p> <p>En rutinerad käppanvändare kan behöva träna om käpptekniken eftersom hen inte längre kan förflytta sig med hjälp av ekolokalisering.</p> <p>Stor omställning för patient som tidigare förflyttat sig med hjälp av ekolokalisering men inte längre kan det på grund av förändrade hörselförhållanden.</p> <p>Motivationsarbete kan behövas för att motivera en van käppanvändare att lära om och träna käppteknik.</p> <p>Patienten med dövblindhet vill ofta ha längre käpp än det som rekommenderas, detta för att få extra reaktionstid.</p>	
--	--	--

	Tid behövs för att träna andra sinnen Träna andra sinnen behövs, exempelvis det taktila och doft sinnet.	
--	--	--

Författare: Emy Hurtig, synpedagog dövblindmottagningen, Region Skåne.

Tidigare publikationer

Rapport 1/2025 <i>Digitala medier och barn och unga med autism.</i> 978-91-989047-7-2
Rapport 7/2024 <i>Digital psykoedukation vid adhd.</i> 978-91-989047-6-5
Rapport 6/2024 <i>Implementering av intensiv exponeringsbehandling för OCD.</i> 978-91-989047-5-8
Rapport 5/2024 <i>Dialektisk Beteendeterapi (DBT) Skills system vid borderline och autism.</i> 978-91-989047-4-1
Rapport 4/2024 <i>Prolonged Exposure (PE) för patienter med PTSD.</i> 978-91-989047-3-4
Rapport 3/2024 <i>Det här är jag</i> ISBN 9 978-91-989047-2-7
Rapport 2/2024 <i>Gruppinsats för närstående till vuxna med ådstörning</i> ISBN 978-91-989047-1-0
Rapport 1/2024 <i>Utökad implementeringsstöd av BUD 0–4 år</i> ISBN 978-91-989047-0-3
Rapport 3/2023 <i>Kroppsuppfattning hos unga med ådstörning</i> ISBN 978-91-987657-9-3
Rapport 2/2023 <i>Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom</i> ISBN 978-91-987657-7-9
Rapport 1/2023 <i>Familjebehandling inom spä- och småbarnspsykiatri.</i> ISBN 978-91-987657-6-2
Rapport 4/2022 <i>Heldygnavård vid substansbrukssyndrom.</i> ISBN 978-91-987657-5-5
Rapport 3/2022 <i>Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV).</i> ISBN 978-91-987657-4-8
Rapport 2/2022 <i>Kvalitetsmått vid journalgranskning.</i> ISBN 978-91-987657-3-1
Rapport 1/2022 <i>Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP.</i> ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021 <i>Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva.</i> ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021 <i>Interventioner vid dyskalkuli.</i> ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021 <i>Personer med hemmasittarproblematik och autism.</i> ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021 <i>Good Psychiatric Management.</i> ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021 <i>Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion.</i> ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021 <i>Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter.</i> ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021 <i>Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD.</i> ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020 <i>Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen.</i> ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020 <i>Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen.</i> ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020 <i>Mobila RIK i Skåne.</i> ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020 <i>AKK inom sjukvården.</i> ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020 <i>En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolk...</i> ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020 <i>Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning.</i> ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020 <i>Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning.</i> ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020 <i>Samtalsmaterialet "Det här är jag!"</i> ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020 <i>Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal.</i> ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020 <i>Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus.</i> ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019 <i>Habilitering och rehabilitering på distans.</i> ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019 <i>Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering.</i> ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019 <i>Patienters delaktighet i målformulering.</i> ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019 <i>Mentaliseringsträning vid autism.</i> ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019 <i>ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära".</i> ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019 <i>Delaktighet och digitalisering av rehabiliteringens arbetssätt.</i> ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019 <i>Skånska stegen II.</i> ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018 <i>Basal kroppskännedom vid autism.</i> ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018 <i>Mötet med rehabiliteringen.</i> ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018 <i>Grafisk AKK för barn.</i> ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018 <i>Kulturell kompetens i rehabiliteringsarbetet.</i> ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018 <i>Barns delaktighet i sin rehabiliteringsplanering.</i> ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018 <i>Kvalitetssäkring genom utvärdering.</i> ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018 <i>Bedömning av sömn.</i> ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018 <i>Självskattning av delaktighet.</i> ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017 <i>Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning.</i> ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017 <i>Motorik och autism.</i> ISBN 978-91-7261-311-9

Rapport 5/2017 *Motivation för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-311-9

Rapport 4/2017 *Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning*. ISBN 978-91-7261-310-2

Rapport 3/2017 *Mindfulness och synnedsättning*. ISBN 978-91-7261-308-9

Rapport 2/2017 *Stöd till anhöriga till vuxna med autism*. ISBN 978-91-7261-307-2

Rapport 1/2017 *Förskrivning av AKK-hjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-306-5

Rapport 8/2016 *Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga...* ISBN 978-91-7261-305-8

Rapport 7/2016 *Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med CP*. ISBN 978-91-7261-304-1

Rapport 6/2016 *Strukturerad analys för 24h positionering*. ISBN 978-91-7261-303-4

Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer...* ISBN 978-91-7261-302-7

Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-301-0

Rapport 3/2016 *Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi*. ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda...* ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism*. ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet...* ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument...* ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabilitering...* ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng*. ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen*. ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn-och ungdomshabiliteringen...* ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer...* ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment...* ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och måluppfyllelse*. ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen –en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet*. ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat"*. ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter...* ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov...* ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning...* ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition*. ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar...* ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers*. ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT)...* ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn...* ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelse...* ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom*. ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars...* ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur...* ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med CI...* ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrum...* ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autism...* ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel...* ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvärande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR)...* ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati...* ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande...* ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla...* ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn...* ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och...* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungd...* ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure...* ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Barnperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv...* ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva...* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i döv...* ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn...* ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn...* ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy*. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn...* ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminne...* ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd*. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen*. ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med CP...* ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag har en egen vilja och egen talan"*. ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringen...* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn...* ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo*. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshab...* ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverks...* ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv*. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen*. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse*. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak*. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism*. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pekador för barn med autism*. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering*. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom hab...* ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pekador som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram.* ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik.* ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT.* ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen.* ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Farvatten och blindskär i barnhabilitering.* ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering.* ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva.* ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet.* ISBN 91-7261-000-X