

## **Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3**

### Teori och praktik - teamets kunskapsutveckling

|   |  |
|---|--|
| <b>Verksamhet:</b>  | Synerheten vuxna, Syn-, hörsel- och dövverksamheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne   |
| <b>Projektansvarig enhetschef:</b>  | Aniela Meincke   |
| <b>Projektets medarbetare:</b>  | Synpedagog Pia Daag<br>pia.daag@skane.se<br><br>Synpedagog Ingeborg Löfgren<br>ingeborg.lofgren@skane.se<br><br>Synpedagog Ingegerd Tufvesson<br>ingegerd.tufvesson@skane.se |
| <b>Handledare vid FoU-enheten:</b>  | Kerstin Liljedahl<br>FoU-enheten, Region Skåne   |
| <b>Utgivning:</b>   | Januari 2012   |
| <b>ISBN:</b>  | 978-91-7261-229-7  |
| <b>Layout:</b>  | Ulla Götesson  |
| <p>FoU-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 vår förvaltning. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information. Läs mer på vår hemsida <a href="http://www.skane.se/habilitering/fou">www.skane.se/habilitering/fou</a></p> <p>© Habilitering &amp; Hjälpmedel, Region Skåne</p> |  |

## Innehållsförteckning

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <b>Förord</b> .....         | 3  |
| <b>Bakgrund</b> .....       | 4  |
| <b>Syfte</b> .....          | 5  |
| <b>Metod</b> .....          | 5  |
| <b>Resultat</b> .....       | 6  |
| <b>Diskussion</b> .....     | 15 |
| <b>Sammanfattning</b> ..... | 16 |
| <b>Slutsatser</b> .....     | 16 |
| <b>Implementering</b> ..... | 16 |
| <b>Referenser</b> .....     | 17 |
| <b>Bilagor</b> .....        | 20 |

## Förord

Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningens vision är att stärka ett gott liv utifrån egna val. Vi ska med professionella insatser göra livet mera möjligt för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av rådande metoder och prövning av nya för att kontinuerligt förbättra kvaliteten i olika habiliteringsinsatser.

Forsknings- och utvecklingsenheten har ansvar för att driva och utveckla kunskap utifrån det kunskapsbehov som finns inom förvaltningen, allt i enlighet med uppdraget: utveckla ny kunskap inom habiliterings- och hjälpmedelsområdet, sprida kunskap om funktionsnedsättning, skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande, stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling.

Dessa olika delar i uppdraget kombineras i de forsknings- och utvecklingsarbeten som genomförs och redovisas som FoU-rapporter. De utgår från en frågeställning i praktiken, som relateras till aktuell forskning och erfarenhet och leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

För medarbetaren innebär arbetet en utveckling av det kritiska tänkandet. Den praktiska erfarenheten värderas gentemot generell kunskap/forskning och förståelsen för praktiken växer. För kunskapsområdet habilitering, rehabilitering och hjälpmedel innebär varje rapport ett bidrag till evidensbaserad praktik.

Detta forsknings- och utvecklingsarbete är den tredje och avslutande delen för att öka kvaliteten i rehabiliteringsprocessen för personer med synnedsättning eller blindhet. Kvaliteten har inneburit att tydliggöra den vetenskapliga grunden för de olika professionernas metoder och instrument i teamet för rehabiliteringsarbetet inom ramen för ett hälsoperspektiv. Det har också inneburit att stärka hälsoperspektivet. Utbildning med diskussioner och reflektioner har genomförts i ICF och salutogent teoretiskt perspektiv. Grunden är nu lagd för att en evidensbaserad praktik ska kunna utvecklas.

Aktiva i arbetet har varit arbetsterapeuterna Pia Daag, Ingeborg Löfgren och Ingegerd Tufvesson vid Synenheten vuxna, Syn-, hörsel- och dövverksamheten. Handledare från FoU-enheten har varit Kerstin Liljedahl. Processen har från början och genom hela arbetet haft stöd från ledningen genom enhetschef Aniela Meincke och verksamhetschef Helén Holmström. Gemensamt har man kommit fram till hur resultatet fortsättningsvis ska utvecklas och leva vidare.

Malmö i januari 2012

Kerstin Liljedahl  
Leg psykolog, fil dr  
Forsknings- och utvecklingschef

## Bakgrund

Detta forsknings- och utvecklingsarbete utgör sista delen i ett tredelat arbete som utgår från målet för Synenhetens vuxenteam<sup>1</sup> i Skåne år 2009, att utveckla rehabiliteringen för personer med synnedsättning/blindhet. Delprojekt 1 inventerade personalens kunskap och erfarenhet att arbeta med personer med grav synskada. I projektet framkom att det finns god kunskap, lång erfarenhet och en stark vilja att arbeta med personer med grav synskada. I del två gjordes en regional och delvis nationell inventering av arbetssätt och metoder, Rehabiliteringsprocessen i fokus (FoU-bulletin nr 2/2010). Av resultatet framgick att det saknas en gemensam, formulerad teoretisk grund på teamnivå. Inte heller på yrkesnivå finns gemensamma teoretiska utgångspunkter beskrivna. Inom Synenheten arbetar optiker, synpedagog, kurator, psykolog och konsultläkare.

En annan viktig slutsats från studien (FoU-bulletin nr 2/2010) är att interventionen skall utgå från individens behov och livssituation och inte generellt från arten och graden av synnedsättningen. Det är därför inte längre relevant att beskriva målgruppen utifrån art och grad av synnedsättning. Istället är det angeläget att utveckla arbetssätt och metoder där utgångspunkten är den enskilde brukarens behov och livssituation, vilket förutsätter en grundlig utredning där vetenskapligt framtagna instrument används. Att rehabilitering skall utgå från brukarens behov är helt i linje med Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningens vision: Ett gott liv utifrån egna val<sup>2</sup>.

En viktig riktlinje för habiliterings- och rehabiliteringsarbetet inom förvaltningen är det internationella klassifikationssystemet ICF (Klassifikation av funktionstillstånd<sup>3</sup>, funktionshinder och hälsa, Socialstyrelsen, 2003). Det beskriver ur ett biopsykosocialt perspektiv synen på hur individ och omgivning samspelar och hur aktivitet och delaktighet främjas respektive hindras. Upplevelse av hälsa är det som betonas. Antonovsky har utvecklat teoretiska begrepp som kan främja hälsa och som han benämner salutogent perspektiv (Antonovsky 2005, Westlund & Sjöberg, 2005). Det salutogena synsättet innebär att perspektivet förskjuts från det som orsakar problem, svårigheter och sjukdom, patogenes, till det som främjar självkänsla, motståndskraft och hälsa, salutogenes. För att uppleva hälsa behöver individen enligt Antonovsky förstå sin situation, kunna hantera den och se mening i sitt liv. Då utvecklas en känsla av sammanhang vilket är en förutsättning för att må bra. Att drabbas av synnedsättning innebär påfrestningar och svårigheter som gör att man kan hamna i en kris.

---

<sup>1</sup> Numera Synenheten vuxna från april 2011.

<sup>2</sup> Förvaltningen är organiserad i fyra verksamheter, Syn-, hörsel- och dövverksamheten, Barn- och ungdomshabiliteringen, Vuxenhabiliteringen och Hjälpmedelsverksamheten. Synenheten vuxna ingår i Syn-, hörsel och dövverksamheten. I förvaltningen ingår en forsknings- och utvecklingsenhet för att stärka kunskapsutveckling på vetenskaplig grund i samarbete med de olika verksamheterna.

<sup>3</sup> Med synfunktion avses enligt ICF, Kapitel 2 Sinnesfunktioner och smärta, b210 Synfunktioner: synskärpa/synfält och synkvalitet med underrubriker.

Cullberg beskriver i sin kriteori de olika faserna chock, reaktion, bearbetning och nyorientering, som kan skapa förståelse för det tillstånd individen befinner sig i efter plötsliga och oväntade påfrestningar. Han menar, att det är viktigt att professionella har kunskaper om krisers natur och förlopp för att förmedla stöd, hopp, möjlighet att vara uthållig samt att visa på det normala i krisen (Cullberg, 2006). Rehabiliteringens uppgift är att stärka individen att hantera sin livssituation och uppleva ett gott liv (Ottosson, 2010). En sådan individbaserad process stöds också av andra forskare (Larsson, Palm & Hasselbalch, 2008).

Förvaltningen betonar betydelsen av att arbeta på vetenskaplig grund och att det utvecklas en evidensbaserad praktik (Levi, 2009). Inom förvaltningen pågår flera arbeten för att övergripande säkerställa att habiliterings- och rehabiliteringsprocessen bygger på ICF. Som exempel kan nämnas, att man nu inför ett nytt journalsystem där ICF:s begrepp används som sökord, att Syn-, hörsel- och dövverksamheten under 2010 tagit fram och provat ett kartläggningmaterial baserat på ICF samt att Barn- och ungdomshabiliteringen sedan flera år använder ett kartläggningmaterial som bygger på ICF.

Logiskt är att den övergripande vetenskapliga grunden inom Synenheten vuxna utgår från det hälsoperspektiv som beskrivs i ICF, kriteori och det salutogena synsättet. I detta utvecklingsarbete ämnar vi därför lyfta fram och beskriva hur implementeringen av denna teoretiska grund har genomförts på enheten i relation till teamet och varje profession.

## **Syfte**

Övergripande syfte med föreliggande arbete är att utveckla kvaliteten i rehabiliteringen för personer med synnedläggelse genom att stärka och förtydliga rehabiliteringsprocessen med följande delmål:

Att förankra den övergripande teoretiska grund som förvaltningens arbete vilar på genom utbildning i ICF och det salutogena perspektivet.

Att synliggöra varje professions teoretiska bas utifrån ett övergripande hälsoperspektiv.

Att skapa förutsättningar för att använda vetenskapligt beprövade instrument på ett systematiskt sätt i rehabiliteringsprocessen.

Att beskriva modell för rehabiliteringsprocess och modell för insatser i grupp.

## **Metod**

I detta arbete har vi använt både ett induktivt och ett deduktivt arbetssätt för att ta fram kunskap. Å ena sidan har vi utgått från den kunskap som finns bland kollegor för att se ett teoretiskt mönster och å andra sidan utgått från teori och hur den stämmer med praktiken.

För att skapa förutsättningar för en lyckad implementering av det salutogena perspektivet och ICF började vi med att inhämta kunskap om teorier som förklaringsmodell i litteratur, i samtal i arbetsgruppen samt med enhetschef och FoU<sup>4</sup>. En i arbetsgruppen har också deltagit i en utbildningsdag i ICF. Därefter har vi ytterligare fördjupat litteraturstudierna. Jämsides har en dialog förts vid olika möten med kollegor och ledning. En framgångsrik modell för att implementera kunskap beskrivs i rapporten "Strategier för implementering - en analys av goda exempel i Habiliterings- och hjälpmedelsförvaltningen" (FoU-rapport nr 6/2010). De slutsatser som framkommit är att olika typer av samarbete är viktigt, likaså att bearbeta och kommunicera resultat. Med samarbete menas möten av skilda slag, något som är en förutsättning för kommunikation som leder till kunskapsutveckling. I ovan nämnda rapport presenteras en arbetsmodell, se bilaga 1 (ibid.).

Vi tittade tillbaka på hur detta tredelade utvecklingsarbete, "Rehabiliterings-processen i fokus", har förlöpt över tid och valde att beskriva denna process i en modell, se bilaga 2. Vi ville få en uppfattning om huruvida det vi hittills gjort stämde överens med rapportens modell (ibid.), i avsikt att vi i det fortsatta utvecklingsarbetet använder oss av den framtagna modellen för implementering.

En viktig inspiration var det arbete som gjorts inom Barn- och ungdomshabiliteringen genom projektledarna Bohlin och Persson (FoU-bulletin nr 3/2005) och utvärderingen av denna implementering (FoU-rapport nr 6/2007). För att ta del av positiva förebilder avseende implementering och det salutogena synsättet inbjöds en av författarna till ett möte i arbetsgruppen.

För att kunna beskriva teorier på yrkesnivå och hur respektive yrkeskategori utreder personer med nedsatt synfunktion eller blindhet utsåg enhetschefen en optiker, en kurator och tre synpedagoger. På detta sätt representerades teamets olika professioner. Respektive yrkeskategori har i samverkan med sina yrkeskollegor lyft fram några teorier som tydliggör och förklarar det praktiska rehabiliteringsarbetet.

## **Resultat**

### **Genomförande av utbildning i ICF och salutogent synsätt**

En lyckad implementering förutsätter att så många som möjligt engageras och att verksamhets- och enhetschef är involverade. Detta forsknings- och utvecklingsarbete har genomförts av regelbunden information och dialog på arbetsplatsträffar. Verksamhetschef och enhetschef har kontinuerligt följt arbetets gång och bekräftat betydelsen av kunskapsutveckling som är kopplad till förvaltningens mål. FoU har handlett och stärkt arbetet vetenskapligt. Sålunda har kunskap förankrats både i horisontellt och vertikalt perspektiv (FoU-rapport nr 6/2010).

---

<sup>4</sup> Med FoU avses här stöd och handledning från forsknings- och utvecklingsenheten vid förvaltningen Habilitering & Hjälpmedel, se vidare [www.skane.se/habilitering/fou](http://www.skane.se/habilitering/fou)

Som ett första steg introducerades, under en halv dag, ICF som förklaringsmodell för rehabiliteringspersonalen. Aktiva gruppdiskussioner fördes utifrån fallbeskrivningar för att använda ICF som en tankemodell och reflektera över begrepp som kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet.

Som ett andra steg för att skapa en gemensam teoretisk grund både på team- och yrkesnivå planerades och genomfördes en utbildning i det salutogena synsättet bestående av två dagars teoretisk utbildning och en dags praktisk tillämpning för all personal inom Synenheten vuxna. Utbildningen hölls enligt samma modell som prövats inom Barn- och ungdomsrehabiliteringen och planerades i samarbete med Stefan Persson och Carina Bohlin utifrån deras erfarenhet av att införa ett salutogent synsätt (FoU-bulletin nr 3/2005).

Efter utbildningsdagarna i salutogen teori märktes i teamet tydligt en större förståelse för ett gemensamt språk och synsätt som grund för rehabiliteringen. Deltagarna upptäckte betydelsen av ett annat sätt att tänka ifråga om rehabilitering och reflekterade över det salutogena synsättet i förhållande till arbetet och kollegorna. De kunde också känna igen sig själva och använda den nya kunskapen i sin egen vardag.

Ett tredje viktigt utbildningssteg är handledning i grupp. Syftet med handledningen är att skapa förutsättningar för att befästa och utveckla kunskapen, så att det teoretiska synsättet genomsyrar det praktiska arbetet. Ivakko (FoU-rapport nr 6/2007) beskriver vikten både av handledning och av att någon tar ansvar för att kunskapen lever vidare och fördjupas i rehabiliteringsarbetet. På så sätt skapas förutsättningarna för att arbeta utifrån teoretisk grund.

### **Professionernas teoretiska bas**

De nedan beskrivna teorierna och teoretiska perspektiven för de olika professionerna harmonierar med den övergripande teoretiska utgångspunkten i ICF och salutogenes, ett hälsoperspektiv. Vad har då professionerna lyft fram för specifika teorier? Svaren redovisas nedan.

**Kuratorns** sociala arbete bygger på en tvärvetenskaplig grund med beteendevetenskap, samhällsvetenskap och juridik. Sociologi, psykologi, pedagogik och socialpsykologi ger kunskaper om hur olika samhällen och grupper är uppbyggda samt hur individer samspelar. Statskunskap, ekonomi, socialpolitik och juridik ger kunskaper om det omgivande samhällets förutsättningar för individer och grupper.

Psykosocialt arbete innebär att ha ett helhetsperspektiv på människans hela livssituation och sociala sammanhang. Individen måste ses i sitt sammanhang, där både inre och yttre faktorer ses i samspel.

Bernlers och Johnssons teori för psykosocialt arbete utgår från två redan befintliga basteorier, nämligen systemteori och psykodynamisk teori. Systemteorin bidrar med individens situation och sammanhang.

Den ger en möjlighet till förståelse för de sammanhang individen ingår i och för interaktionerna mellan de delar, som helheten består av. Den psykodynamiska teorin bidrar med individens inre värld och uppfattning om det sammanhang, som individen befinner sig i.

Teorin för psykosocialt arbete belyser både individens inre klimat och den yttre verkligheten samt samspelet dem emellan. Utöver systemteori och psykodynamisk teori kan andra subteorier användas, när de är möjliga att integrera med de två basteorierna (Bernler & Johnsson, 2001).

För att skapa förutsättningar för ett professionellt förändringsarbete har Petitt och Olson skapat en modell, som kallas att göra sammanhangs-markering. Syftet är att klargöra förutsättningar, förväntningar, vem man är och vad man vill uppnå med mötet mellan professionell och klient/patient/brukare (Petitt & Olsson, 1999).

Empowermentperspektivet ser individen som en biologisk, psykologisk och social varelse, som har möjligheter att utveckla sina förmågor och förändra sin situation. Det är individens egna önskningar, förhoppningar och mål, som är i fokus. Hjälpen och stödet skall ges så att man själv kan ta makten över beslut och handlingar, som rör ens eget liv. Det handlar om egenskaper som självförtroende, egenkontroll, kompetens, egenmakt och hjälp till självhjälp (Moula, 2009). Det kan innebära, att en brukare får möjlighet att vara delaktig och medbestämmande i sin egen rehabilitering.

Gullacksen beskriver en modell för livsomställning, vilken kan användas, när en person drabbas av kronisk sjukdom eller ett funktionshinder<sup>5</sup>. Hon delar in det förändrade förhållandet till livet i tre skeenden: såsom det varit, det som händer nu samt framtiden. Livsomställningen är en långsiktig process och inte en avslutad händelse utan den kommer att finnas med resten av livet. Det handlar om att leva med sin sjukdom eller funktionshinder (Gullacksen, 1998, 2002).

**Psykologen** arbetar utifrån teorier inom utvecklings-, neuro-, personlighets-, grupp- och organisationspsykologi samt psykopatologi och psykoterapi. Det finns en rad teorier inom de nämnda områdena som, var och en, belyser olika aspekter av komplexiteten. Teorier kring anknytning (t.ex. Broberg m.fl., 2006), utvecklingspsykologi (Berk, 2010), livsloppsperspektiv (Berk, 2009) samt personlighet (Cervone & Pervin, 2007) ligger till grund för att bedöma individens förutsättningar för att kunna hantera livets olika faser och kunna tillgodogöra sig andra professioners insatser.

Psykologen har kompetens att utföra terapi och använder sig av ett flertal olika teorier om psykiska strukturer som exempelvis försvarsmekanismer, kognitiva scheman och interpersonell anknytning. Grunden i behandlingsarbetet är dynamiska-, kognitiva-, beteende- samt analytiska teorier. Formerna är ofta psykoterapeutiska samtal, som i ett tidsperspektiv kan sträcka sig från bara ett samtal till en mångårig kontakt. Det kan röra sig

---

<sup>5</sup> Begreppet funktionshinder motsvaras numera av funktionsnedsättning.



om lösningsfokuserad, dynamisk terapi, KBT (kognitiv beteendeterapi), IPT (interpersonell terapi), EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) och ACT (acceptance and commitment therapy). Vidare har psykologen teorier för att upptäcka/förstå/använda sig av behandlingsrelationens processer som exempelvis överföring/motöverföring, allians/alliansbrott. (Safran & Muran, 2000).

**Optikern** arbetar enligt flera övergripande teorier som grundar sig på vetenskap såsom medicin, fysik och optometri. Vetenskapsgrenen optometri är ett delområde inom den biomedicinska vetenskapen och omfattar diagnostik och uppmätning av brytningsfel i ögats optik och de problem detta medför för seendet. Optometri innefattar också behandling av synproblemen.

**Synpedagog** har inom förvaltningen valts som gemensam titel för dem som arbetar med att bibehålla, förbättra och/eller underlätta aktivitetsförmåga för personer med synnedläggelse i dagligt liv. Synpedagogerna har olika yrkesbakgrund som arbetsterapeut, lärare/pedagog, ortoptist eller sjuksköterska. För att få kompetens inom synområdet har det funnits och finns olika typer av fortbildning.

En teori som stämmer väl med det salutogena synsättet och kan vara en bra förklaringsmodell för synpedagogernas arbete är Health Belief Model (HBM), som utgår från individens vilja och tro på livsstilsförändring för att uppnå bättre livskvalitet och hälsa (Janz & Backer, 1984). Gruppbehandlingsprogrammet för personer med maculadegeneration, "Att finna nya vägar", har HBM som teoretisk referensram. 30 % av befolkningen över 75 år drabbas av maculadegeneration och är därmed den mest förekommande diagnosen i Synenheten vuxnas brukargrupp (Dahlin Ivanoff, 2006), se bilaga 3, statistik.

För arbetsterapeuter finns inom aktivitetsvetenskapen flera teoretiska förklaringsmodeller (Bendixen, Borg, Frydendal Pedersen & Altenborg, 2005). Grunden för dessa teorier är att varje individ är unik och har en vilja att engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Arbetsterapeutens fokus är just detta att öka individens förmåga att utföra uppgifter som är meningsfulla i vardagen, vilket leder till ökad aktivitet och delaktighet. Vi väljer att lyfta fram tre arbetsterapeutiska teorier som har ett övergripande hälsoperspektiv:

- A Model of Human Occupation, MoHo (Kiehlhofner, 2002)
- Canadian Model of Occupation, CMOP (Townsend, 1997)
- Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM (Fischer, 2009).

För sjuksköterskor lyfts vårdvetenskaplig teoribildning fram. Teorierna anknyter till fyra konsensusbegrepp: människan, hälsan, omgivningen/miljön samt vårdandet. Katie Ericsson beskriver hälsa som ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Hon menar att lidande hör samman med hälsa, och ett vårdande som läker och bejakar såväl lidande som hälsa (Ericsson 1984, 1987 och 1993).

### **Instrument för utredning och utvärdering**

För att skapa förutsättningar för att använda instrument har respektive yrkeskategori lyft fram vetenskapligt beprövade instrument som rehabiliteringsteamet vid Synenheten vuxna enats om skall användas.

Utifrån teorier och teoretiska perspektiv sker **kuratorns** psykosociala utredning i form av ett samtal med brukaren. Ibland deltar också någon närstående. Det handlar om en kartläggning av brukarens livsområden såsom familj, boende, hälsa, funktionsnedsättning, arbete, ekonomi, fritid och socialt nätverk. I kartläggningen uppges också om brukaren har kontakter med och erhåller insatser från samhället. En del av utredningen handlar om brukarens upplevelse av synnedsättningen och hur den påverkar henne/honom och omgivningen. Även brukarens svårigheter och hjälpbehov på olika nivåer, känslomässigt och praktiskt, tas fram. Vidare undersöks vilka resurser brukaren har såsom t.ex. handlingsförmåga, kunskaper om samhällets stöd samt tillgångar i närmaste relationer och nätverk. Brukarens uppfattning om vad hon/han upplever som problem och vill ha hjälp att arbeta med tas fram. Den psykosociala utredningen visar vilka behov brukaren har och vilka insatser, som är aktuella från kuratorn.

Johnsson (1999) menar, att utredningen handlar om att skapa en dialog för att söka förståelse, förklaringar och samband. Hon ser utredningen som en process mellan professionell och klient/patient/brukare, där den professionelle blir delaktig i processen så fort hon/han ställer en fråga. Hon utgår inte från givna mallar eller strukturerade intervjuformulär, för de kan lätt ge ett sken av objektivitet. Ett förhållningssätt där brukaren får möjlighet att berätta sin egen historia bidrar till att ge henne/honom makt över sitt eget liv enligt empowermentperspektivet (Johnsson, 1999).

**Psykologens** utredning syftar till att kartlägga och bedöma individens förutsättningar inför rehabiliterande insatser utifrån ett psykologiskt perspektiv.

Med utgångspunkt i psykologins djupa och breda kunskap om mänskligt, psykologiskt fungerande gör psykologen bedömning av psykisk hälsa/ohälsa och belyser individens komplexitet.

Till teamsamarbetet bistår psykologen med utredning och bedömning bl.a. med hjälp av diagnostisk kunskap utifrån DSM och ICD-10, skattningsskalor samt psykologisk testning. Det kan inför LSS-ansökan vara exempelvis nivåtestning med hjälp av bl.a. WAIS-III (Wechsler adult intelligence scale - third edition) samt RMC (Ravens matrices - coloured). Testinstrument kan även visa på när det finns nedsättningar i kognitiva funktioner, vilket i en del fall kan innebära remittering till andra specialistinstanser såsom neuropsykiatriskt team eller minnesmottagning. När den psykologiska bedömningen pekar i riktning mot en mer uttalad psykiatrisk problematik blir det inte sällan aktuellt med remiss till psykiatrisk öppenvård alternativt medicinsk behandling via vårdcentralen.

**Optikerns** utredning består av många tester som undersöker ögats struktur och synfunktioner som synskärpa, synfält och synkvalitet (ICF), bilaga 4. Det är viktigt att tydligt förklara resultatet av undersökningen så att besöket blir meningsfullt för brukaren, vilket är en av förutsättningarna för att rehabiliteringsprocessen skall bli framgångsrik. I bilagan finns de metoder som optiker inom Synenheten vuxna kan använda sig av. Det som skall undersökas anges i vänsterspalten och en kort beskrivning av de instrument som används och/eller referens står i högerspalten. (Elliot, D.B., 1997) m.fl., se separat referenslista i bilaga 4.

**Synpedagogerna** utreder vilka faktorer som underlättar respektive hindrar brukarens aktivitetsförmåga i dagligt liv. Detta görs med hjälp av vetenskapligt beprövade instrument som behövs utifrån uppdraget. Synpedagogerna har olika erfarenhet av att använda instrument vid utredning och utvärdering av rehabilitering. Följande instrument som utgår från aktivitetsteorier med ett övergripande hälsoperspektiv kommer att användas:

- Instrumentet "Upplevd säkerhet i vardagliga aktiviteter" riktar sig till äldre personer med åldersförändringar i gula fläcken (Dahlin Ivanoff, 2006).
- COPM är utformat för att mäta förändringar i den egna uppfattningen av utförande av aktiviteter hos brukare med olika slags aktivitetsbegränsningar (Law, Baptiste m.fl. 1998).
- Synversionen av ADL-taxonomin är ett instrument för utredning, upprättande av rehabiliteringsplan samt utvärdering av åtgärder (Luttemann, 2008) (Törnquist, 1995).

En viktig förutsättning för teamets olika professioner är att kunna använda instrument på ett systematiskt sätt i rehabiliteringsprocessen. Det är därför viktigt med kontinuerlig fortbildning.

### **Modell för rehabiliteringsprocess**

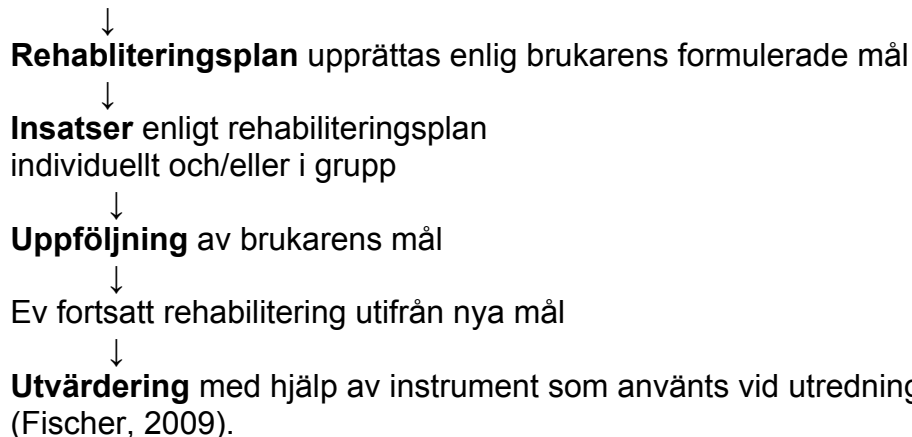
Hittills har det saknats en formulerad gemensam struktur för en rehabiliteringsprocess. I föreliggande arbete tydliggörs och beskrivs processen kopplad till hälsoperspektivet. För att uppleva hälsa behöver man, som tidigare nämnts i "Bakgrund", förstå sin situation, kunna hantera den och se mening i sitt liv. Då utvecklas en känsla av sammanhang vilket är en förutsättning för att må bra (Antonovski, 2005). Insatserna i rehabiliteringsprocessen förändras utifrån brukarens behov.

Struktur och insatser är väl beskrivna i "Rehabiliteringsprocessen i fokus" (Bulletin 2/2010). Viktiga inslag i rehabiliteringen är som vi tidigare framhållit att få ökad kunskap om den egna diagnosen, att finna lösningar på de konsekvenser som synnedsetningen ger i vardagen och att få träffa andra i samma situation. Detta kan med fördel tillgodoseas i grupp. Lärande i grupp förutsätter en viss jämförbarhet i livssituationen. Ett exempel på grupprehabilitering som insats är "Att finna nya vägar", se bilaga 5, (Dahlin Ivanoff, 2007).

Innan rehabiliteringsprocessen påbörjas görs en remissgranskning och en första planering sker. Nedan följer en schematisk beskrivning av rehabiliteringsprocessen utifrån faserna utredning, målformulering, insatser, uppföljning och utvärdering.

### **Utredning**

Varje yrkeskategori, alltså optiker, synpedagog, kurator och psykolog, gör utredning med vedertagna instrument utifrån brukarens upplevda ohälsa i förhållande till upplevd hälsa. Utredningen görs utifrån ett biopsykosocialt perspektiv enligt ICF och salutogen teori. På teamnivå kan det av verksamheten framtagna karläggningsinstrumentet utifrån ICF användas.



Modellen kommer att synkroniseras med den modell som förvaltningen håller på att utarbeta, med tanke på förvaltningsgemensamma riktlinjer.

### **Modell för rehabiliterande insatser i grupp**

Inom Synenheten vuxna finns i dag flera olika gruppverksamheter och nya kommer att skapas. Grupperna varierar till sin karaktär men man kan urskilja två huvudtyper: dels uppgiftsorienterade grupper som syftar till att utveckla färdigheter inom boende, fritid och social samvaro, dels stödorienterade grupper som syftar till att utveckla kommunikation, att uttrycka, dela och bearbeta upplevelser och känslor. Vanligtvis finns inslag av båda men med fokus på det ena eller andra syftet. Enligt Mona Eklund, (2010) är det nödvändigt att planera och genomföra gruppen på ett adekvat sätt och att noggrant formulera syftet. Om inte detta görs kan gruppen istället bli antiterapeutisk och ge negativa konsekvenser.

Eklund (ibid.) har på ett utförligt sätt beskrivit arbetsterapeutiska gruppmodeller och tagit fram arbetsmodellen Snäckan som vi inspirerats av (bilaga 6). Kurators intervention i grupp ges ofta som samtalsgrupper och för dessa finns andra gruppmodeller att utgå från. Vid planering av intervention i grupp är det viktigt att definiera gruppens ram som enligt Eklund kan delas in i fyra aspekter, fysiska, organisatoriska, tiden och personerna. Med fysiska aspekter avses VAR gruppen skall vara. Organisatoriska aspekter handlar om VAD gruppen skall göra och HUR det skall gå till. Hit hör också frågan om hurvida gruppen skall vara öppen eller sluten. Tidsaspekter avser NÄR och hur ofta gruppen skall träffas. Med personaspekt avses VEM som ska delta dvs. gruppdeltagare och gruppledare.

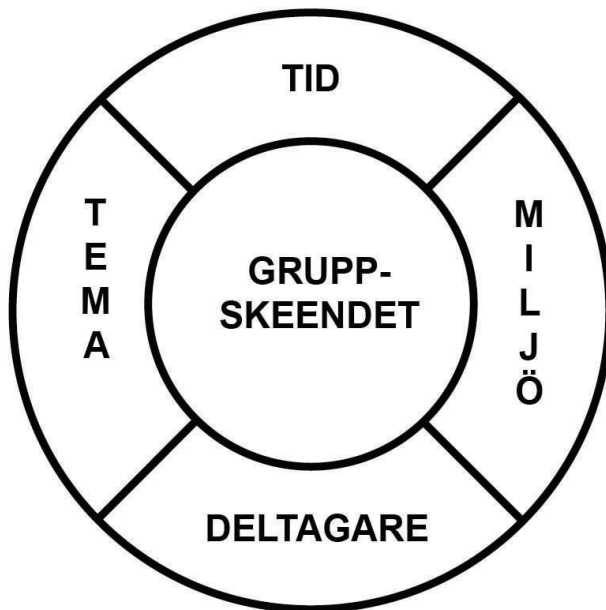
Eklund beskriver en struktur för hur varje grupptillfälle delas in i uppvärmningsfas, aktivitetsfas och diskussionsfas. Uppvärmningsfasen är dels en återkoppling till föregående sammankomst, dels information om och planering av dagens träff. Denna fas kan också bestå av någon enkel övning, t.ex. avslappning, eller att ordet får gå runt och deltagarna berättar vad som rör sig i huvudet just då.

Under aktivitetsfasen ägnar sig gruppen åt själva huvuduppgiften. Grupptillfället avrundas med en diskussionsfas där upplevelser och funderingar kring aktiviteten dryftas. Man kan också här knyta an till kommande träff. Detta arbetssätt bidrar till att grupptillfället blir begripligt, hanterbart och meningsfullt.

Mona Eklund lyfter fram gruppledarens kompetens. Denne skall vara medveten om vikten av att planera, sätta samman och leda en grupp. Därutöver ska gruppledaren ha kognitiv/teoretisk kompetens, vilket innebär att ha en god förankring i gruppteorier och olika modeller samt ha en adekvat utbildning och specialkunskaper om aktivitet. Lika viktigt är att gruppledaren äger empatisk förmåga och att han/hon behärskar timing and dosing. ”Med timing menas att en intervention, såsom en hjälpande hand, kommentar, uppmaning eller fråga, ställs i perfekt läge, varken för tidigt eller för sent, utan precis då den åstadkommer mest nytta och leder till någon form av insikt, förståelse eller utveckling. Med dosing menas att interventionen ges i rätt dos, varken för mycket eller för lite, utan så att den blir precis rätt utmaning för den eller dem den riktas till” (Eklund, 2010, sid 212).

Gruppdeltagarna blir genom sina egna erfarenheter en del av det som sker i gruppen. Människor har olika resurser och begränsningar vilket är viktigt att ta hänsyn till när en grupp komponeras. Inom Synenheten vuxna är den största brukargruppen över 65 år och det är inte ovanligt att man förutom synned-sättning har andra funktionshinder, t. ex. hörselned-sättning. Gruppen måste kunna möta allas behov. I rehabiliteringsprocessens utredning klargörs brukarens behov, planeras insatsernas innehåll och fastställs om intervention i grupp är ett lämpligt alternativ. För att rehabilitering i grupp skall leda till livsstilsförändring, förbättrad hälsa och ett gott liv är egna viljan och intresset av att ingå i gruppen en förutsättning (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004).

Vi väljer här att beskriva en modell för intervention i grupp med fyra aspekter av omgivningsfaktorer (ICF) som följer Mona Eklunds modell Snäckan, se bilaga 6, men där vi använder våra egna ord.



- **Tema.** Vad skall gruppen göra och hur skall det gå till? Uppgifts- och/eller stödorienterad? Tema/aktivitet? Metod?
- **Deltagare.** Vem skall ingå i gruppen? Gruppledare, brukare och/eller anhörig.
- **Miljö.** Var skall gruppen hållas? Utomhus, inomhus, möblering mm.
- **Tid.** När ska gruppen träffas? Antal träffar, tid på dagen, hur länge och hur ofta?
- **Gruppskeendet** inbegriper både den mellanmänniska processen och den faktiska aktivitet som används.

## Diskussion

Det målarbete som påbörjades hösten 2008, i syfte att utveckla metoder för att möta personer med grav synskada, har under arbetets gång utvecklats till att genomlys hela synen på rehabilitering.

FoU-arbetet har tydliggjort att en god rehabilitering inte kan ha art och grad av synnedsättning som utgångspunkt för att utveckla rehabiliteringsprogram: detta har framkommit både i vår studie (Bulletin 2/2010) och i de teorier vi granskat. Denna slutsats ledde fram till nödvändigheten av kunskapsutveckling för alla medarbetare inom Synenheten vuxna. Förändringen har gått från ett synsätt där utgångspunkten för rehabiliteringen varit individens grad av funktionsnedsättning till ett synsätt där individens aktivitetsbehov och det som påverkar detta sätts i fokus. Det nya synsättet bör vi också ta hänsyn till vid ordination av hjälpmedel.

Under arbetets gång har vi mer och mer förstått vikten av ny kunskap för att teoretiskt förklara och förstå praxis. Om förändringsarbetet skall få ett varaktigt genomslag och leda till en gemensam plattform som kan genomsyra rehabiliteringen är det väsentligt att kunskapen integreras hos varje medarbetare och används i det praktiska arbetet. Att hela arbetsgruppen samtidigt fick utbildning i salutogenes upplevde vi som mycket betydelsefullt. Vi blev uppfyllda av det salutogena synsättet och var och en reflekterade utifrån detta.

Regelbunden professionell handledning är nödvändig för att vi själva skall utvecklas som lärande individer och successivt stärka vår kunskap om hälsa, sjukdom och rehabilitering (Dahlberg & Segesten, 2010). Reflektion kan anses som nyckeln till kunskap och utveckling där sammanflätningen av teoretisk kunskap med rehabiliteringspraxis är central (Ekebergh, 2009). Detta behöver stödjas i det dagliga arbetet så att tid regelbundet avsätts både för egna studier och handledning där egen reflektion blir möjlig.

Vi har bedrivit detta arbete parallellt med våra ordinarie arbetsuppgifter på synenheten. Om en sådan lösning skall fungera krävs att arbetet har en tydlig organisation och struktur för att inte bli alltför betungande. Det är också mycket viktigt med ledningens stöd och kollegornas förtroende. Att känna nyfikenhet och lust är också betydelsefulla framgångsfaktorer. För att driva ett sådant arbete krävs modet att ge sig ut på en resa med många hinder, uppehåll och nya vägval. Ibland har det varit som att vistas på en öde ö, helt uppfyllda av arbetet, ibland i ett kreativt rus och emellanåt i en total känsla av stillestånd. I efterhand ser vi hur meningsfull resan varit för vår egen lärandeprocess.

I denna rapport har vi visat på hur utbildning och handledning är led i att utveckla rehabiliteringen, så att brukaren upplever hälsa och ett gott liv, och vi är övertygade om att det måste bli en pågående process som fortsätter över tid.

## **Sammanfattning**

Detta forsknings- och utvecklingsarbete har haft rehabiliteringsprocessen i fokus. För att personer med synnedsättning eller blindhet skall få en rehabilitering av god kvalitet utifrån egna val har "Rehabiliteringsprocessen i fokus" lett fram till:

- att rehabiliterande insatser individuellt eller i grupp inklusive förskrivning av hjälpmedel utgår från brukarens behov och livssituation, inte arten och graden av synnedsättning
- att utbildning har genomförts i teamets övergripande teoretiska bas, salutogenes och ICF och att synsättet hålls levande genom fortlöpande handledning och reflektion i anknytning till det egna arbetet
- att övergripande hälsoperspektiv inom varje profession har synliggjorts
- att vetenskapligt beprövade utrednings- och utvärderingsinstrument synliggjorts för systematisk användning i rehabiliteringsprocessen
- att modell för grundstruktur av rehabiliteringsprocess beskrivits
- att en modell för intervention i grupp har lyfts fram för att användas
- att en kunskapsutvecklande kultur måste härska för att utveckla kvaliteten i rehabiliteringsarbetet.

## **Slutsatser**

Genom utbildning har personalens förståelse ökat för det teoretiska synsättet salutogenes och ICF. Teamet har därmed fått ett gemensamt språk och rehabiliteringsprocessen kan därför stärkas och kvaliteten öka. Det finns nu i teamet dokumenterade övergripande teorier. Vetenskapligt beprövade instrument och teoretisk grund har lyfts fram och dokumenterats i respektive profession. En grundstruktur för rehabiliteringsprocessen och en modell för insatser i grupp presenteras.

Vikten av kontinuerlig handledning är en förutsättning för att befästa och utveckla kunskapen. Det är därför viktigt att handledning och ansvar får en tydlig struktur.

## **Implementering**

Arbetet har diskuterats med ledningen och skall successivt införlivas i verksamhetens kvalitetsutveckling under 2011-2012 och bidra till fortsatt utveckling.

Grunden är nu lagd för att en evidenbaserad praktik ska kunna utvecklas. Visionen är nu att utveckla bra metoder för insatser individuellt och i grupp.



## Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bendixen, H.J., Borg, T., Frydendal Pedersen, E. & Altenborg, U. (2005). *Aktivitetsvidenskab*. Köpenhamn: FADLs Forlag Aktieselskab.
- Berk, L.E. (2009). *Development through the lifespan*. Boston Mass. Allyn and Bacon.
- Berk, L.E. (2010). *Infants, children and adolescents*. Pearson higher education.
- Bernler, G., & Johnsson, L. (2001). *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm. Natur och kultur.
- Cervone, D. & Pervin, L.A. (2007). *Personality: Theory and Research*. Hoboken, N.J. John Wiley & Sons.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlin Ivanoff, S. (2006). *Att finna nya vägar*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Dahlin Ivanoff, S. (2007). *Att finna nya vägar*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda – med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklund, M., Gunnarsson, B. & Leufstadius, C. (2010) *Aktivitet och relation*. Lund: Studentlitteratur.
- Elliott, D. B. (red.) (1997) *Clinical procedures in primary eye care*. 2 uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann
- Ericsson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ericsson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ericsson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Colorado: Three Star Press.

- FoU-bulletin nr 3/2005. *Att införa ett salutogent arbetssätt*. C. Bohlin & S. Persson. Forsknings- och utvecklingsenheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne. [www.skane.se/habilitering/fou](http://www.skane.se/habilitering/fou)
- FoU-bulletin nr 2/2010. *Rehabiliteringsprocessen i fokus*. B. Bergström, P. Daag, L. Lindén, I. Löfgren & I. Tufvesson. Forsknings- och utvecklings-enheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne. [www.skane.se/habilitering/fou](http://www.skane.se/habilitering/fou)
- FoU-rapport nr 6/2007. *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen*. K. Ivakko. Forsknings- och utvecklingsenheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne. [www.skane.se/habilitering/fou](http://www.skane.se/habilitering/fou)
- FoU-rapport nr 6/2010, *Strategier för implementering*. K. Liljedahl & S.Thorsted. Forsknings - och utvecklingsenheten, Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne [www.skane.se/habilitering/fou](http://www.skane.se/habilitering/fou)
- Gullacksen, A-C. (1998). *När smärtan blir en del av livet: livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Lund: Socialhögskolan.
- Gullacksen, A-C. (2002). *När hörseln sviktar*. Om livsomställning och rehabilitering. Malmö: HAREC.
- Janz NK, Backer MH. (1984). *The health beliefmodel: A decade later*. *Health Education Quaterly*;11: 1-47. <http://larkiv.lakartidningen.se/1996/temp/pda12174.pdf>
- Johnsson, L. (1999). *Den psykosociala utredningen*. I Bernler, Gunnar/ Cajvert, Lilja/Johnsson, Lisbeth/Lindgren, Hans (red.): *Psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Larsson, I., Palm, L. & Hasselbalch, L. (2008). *Patient-kommunikation i praktiken*. Falun: Norstedts Akademiska Förlag.
- Law, M., Baptiste, S. m. fl. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Lejsgaard Christensen, S. & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Levi, R. (2009). *Vettigare vård*. Falun: Norstedts.
- Luttemann, B. (2008). *Komplettering och slutrapport av synversionen av ADL-taxonomin*. Örebro: Syncentralen Örebro.

Moula, A. (2009). *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Ottosson, L-G. (2010). *Att leva är mer än att överleva*. Halmstad: Landstinget i Jönköpings län.

Petitt, B. & Olsson, H. (1999). *Om svar anhålles: en bok om interaktionistiskt förändringsarbete: teori och analys*. Stockholm: Mareld.

Safran, J. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. [[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1\\_200342.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1_200342.pdf)]; 14.2.2010

Townsend, E. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapy.

Törnquist, K. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs Universitet.

Westlund, P. & Sjöberg, A. (2005). *Antonovsky inte Maslow*. Solna: Fortbildningsförlaget.

## Implementeringsprocess

|   | <b>Vertikalt perspektiv<br/>ledning</b>  | <b>Horisontellt perspektiv<br/>(professionell)</b>   |
|---|--|--|
| <b>Samarbete/<br/>organisatoriskt</b>   | <p>Ansvara för och organisera implementeringsprocessen.</p> <p>Avsätta resurser till FoU-arbete, lärande och implementering, såsom tid och kompetens.</p>            | <p>Samarbete och samverka i olika valda sammanhang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formella och informella grupper, exempelvis yrkesgrupper, konferenser och seminarier.</li> </ul>  |
| <b>Kommunikation/<br/>innehållsligt</b> | <p>Tydliggöra övergripande mål för kunskapsutvecklingen.</p> <p>Tydliggöra implementeringen i det enskilda arbetet.</p> <p>Stödja en kunskapsutvecklande kultur.</p> | <p>Kommunicera internt och externt om FoU-arbetets innehåll samt dess syfte, användning och spridning i verksamheten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- muntlig presentation</li> <li>- skriftlig presentation</li> <li>- informella samtal.</li> </ul> |

## Utvecklingsarbetets process

| Frågeställning  | Metod   | Resultat   | Implementering  |
|---|---|--|---|
| <b>Delprojekt 1</b><br>Vilka kunskaper finns?<br>Ht 2008/Vt 2009                | Enkät.  | Det finns mycket kunskap och erfarenhet, sällan medvetandegjord och systematiserad.  | Muntlig redovisning på APT <sup>1</sup> juni 2009.  |
| <b>Delprojekt 2</b><br>Vilka arbetssätt och metoder används?<br>Ht 2009/Vt 2010 | Intervjuer individuellt och i grupp, studiebesök och observationer.<br><br>Utbildning.<br><br>Handledning från FoU.             | Dokumenterad teoretisk förankring saknas på team- och yrkesnivå.<br><br>Evidensbaserade instrument används inte systematiskt.<br><br>Livssituationen ska styra insatserna.<br><br>Rehabiliteringsprocessen i fokus, Bulletin 2/2010. | Minnesanteckningar i gemensam mapp.<br><br>Regelbunden information på APT.<br><br>Regelbundna möten med enhetschef.<br><br>Möte med enhetschef och verksamhetschef.<br><br>Medarbetarna tar del av Bulletin 2/2010. |
| <b>Delprojekt 3</b><br>Vilka teorier styr praxis?<br>Ht 2010/Ht 2011            | Litteraturstudier, diskussion/reflektion och utbildning .<br><br>Handledning från FoU.<br><br>Regelbundna möten med enhetschef. | Utbildning i teorier och instrument.<br><br>Använda vetenskapligt framtagna instrument i rehabiliteringsprocessen.<br><br>Skriftlig rapport.   | Information och dialog på APT.<br><br>Ledningens information till teamet.<br><br>Handledning i det salutogena synsättet.<br><br>Medarbetare tar del av rapport.   |

---

<sup>1</sup> Arbetsplatsträff

## Bilaga 3.

Tabellen nedan visar statistik på antal brukare som fått insatser under 2009 på synenhetens vuxenteam i Skåne. Statistiken är uppdelad utifrån åldersgrupper, kön och grad av synnedsättning. SS står för synsvag vilket innebär att personen har en måttlig synnedsättning. GS står för grav synskada (svår synnedsättning) vilket innebär att personen har en svår synnedsättning eller blindhet<sup>1</sup>. Statistiken visar också antal nya brukare och som fått insatser för första gången.

### Brukarbesök 2009 uppdelat på ålder och grad av synnedsättning

| Jan - Dec 2009 | Unga vuxna 20-30 år |              | Vuxna 31-65 år |              | Seniorer 66-80 år |              | Äldre/äldre 81 år - - |              |
|----------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------------|--------------|
|                | Totalt              | Varav nya br | Totalt         | Varav nya br | Totalt            | Varav nya br | Totalt                | Varav nya br |
| Kvinnor SS     | 39                  | 5            | 231            | 39           | 565               | 170          | 1 262                 | 417          |
| Män SS         | 47                  | 3            | 213            | 34           | 331               | 108          | 488                   | 195          |
| Kvinnor GS     | 22                  | 2            | 122            | 3            | 125               | 9            | 363                   | 40           |
| Män GS         | 26                  | 0            | 118            | 6            | 94                | 5            | 140                   | 18           |
| <b>Summa</b>   | <b>134</b>          | <b>10</b>    | <b>684</b>     | <b>82</b>    | <b>1 115</b>      | <b>292</b>   | <b>2 253</b>          | <b>670</b>   |

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, Klassifikation (ICO-kod) enligt WHO per 1 januari 2010. Grav synskada används inte längre. Istället används svår synnedsättning = visus 0.05 – 0.1 och blindhet = visus < 0.05.

## Optikers instrument för utredning av brukare

| Vad?   | Hur?  |
|--|---|
| Anamnes  | Samtal med brukaren angående:<br>- Nuvarande/tidigare situation<br>- Svårigheter/möjligheter<br>- Behov/önskemål<br>- mm.   |
| Mäta styrka i habituella glasögon.                 | Med hjälp av vertometer. (Elliott sid. 155-158)<br><br>Det kan vara ett bra utgångsläge för refraktionen, och visar efter refraktion hur styrkan ändrats.   |
| Visusmätning avstånd<br>(fri/habituell/korrigerad) | Med hjälp av:<br>- Syntavla Testchart med LogMAR/LH-symboler/<br>HVOT/Hazel Kay-symboler<br>- KM-tavla<br>- Syntavla i ljusskåp<br>- Handrörelser eller ljuskälla om synen är kraftigt nedsatt.<br><br>Decimalvisus noteras i den mån det är möjligt.<br><br>(Elliott sid. 29-37) |
| Visusmätning nära<br>(fri/habituell/korrigerad)    | Med hjälp av:<br>- Läsprov från Tomtebodaskolan, LVI eller Senior<br>- LH-tavla för nära håll<br>- KM-tavla för nära håll<br><br>Närvisus noteras i punkter i den mån det är möjligt.<br><br>(Elliott sid. 37-40)   |
| Objektiv refraktion                                | Med hjälp av:<br>- Autorefraktor (Elliott sid. 171)<br>- Retinoskopi (Elliott sid. 165-171)   |
| Subjektiv refraktion                               | Monokulär eller binokulär med hjälp av provbåge och/eller foropter. (Elliott sid. 172-188)  |
| Mätning av kontrastseende                          | - Marstest ( <a href="http://www.marsperceptrix.com">http://www.marsperceptrix.com</a> )<br>- Testchart 2000 pro (Testchart 2000 pro manual)<br>- Pelli-Robson (Elliott sid. 75-77)   |

| <b>Vad?</b>                             | <b>Hur?</b>  |
|---|--|
| Additionsbestämning                     | Med hjälp av provbåge och/eller foropter samt när-tavla och/eller tidning eller annat objekt. (Elliott sid. 190-197) |
| Grov synfältskontroll                   | Donders konfrontationstest (Elliott sid. 70-71)<br><br>Visar stora synfältsdefekter, som t.ex. homonym hemianopsi.   |
| Kontroll av det centrala synfältet      | Amslertest (Elliott sid. 65- 67)<br><br>Visar skotom och metamorfopsier inom de centrala 10 graderna av synfältet.   |
| Kontroll av ögats status                | Med hjälp av:<br>- Spaltlampa (Elliott sid. 212-219)<br>- Oftalmoskop (Elliott sid. 234-239)                         |
| Mätning av bländnings inverkan på visus | Med hjälp av BAT Brightness acuity tester. (Elliott sid. 77-78)  |
| Klassificering av fori/tropi            | Coverttest (Elliott sid. 86-93)  |
| Forimätning                             | Maddox rod (Elliott sid. 118-120)<br>Von Graefe (Elliott sid. 120-123)   |
| Suppressionstest                        | Worth 4-dot test (Elliott sid. 107-109)  |
| Pupillfunktion                          | (Elliott sid. 220-223)   |
| Motilitet                               | (Elliott sid. 100-104)   |
| Konvergensnärpunkt                      | (Elliott sid. 95-97)   |
| Ackommodationsvidd                      | (Elliott sid. 138-140)   |



## Ytterligare instrument för utredning av kontaktlinsbrukare

| Vad?  | Hur?   |
|---|--|
| Kontroll av ögats status                    | Med spaltlampa.<br>(Elliott sid. 212-219)<br><br>Gradering av det man ser med hjälp av graderingsskalor. (Eperjesi & Wolffsohn sid. 165)<br>- Efron<br>- CCLRU<br>- m.fl.  |
| Mätning av hornhinnans kupighet             | Med hjälp av:<br>- Manuell keratometer (Elliott sid. 205-210)<br>- Autokeratometer<br>- Topograf (Eperjesi & Wolffsohn sid. 161-162)<br><br>Det ger en fingervisning om önskad kupighet på kontaktlinsen.  |
| Mätning av irisdiometer (HVID)              | Med linjal eller ljusstrålen i spaltlampan.<br>(Jones & Dumbleton sid. 229)<br><br>Det ger en fingervisning om önskad storlek på kontaktlinsen.  |
| Utprovning av kontaktlinser och uppföljning | - Visar vilken synskärpa/synkvalitet som kan uppnås med linser.<br>- Hur fluoresceinbilden ser ut med stabila linser ger en fingervisning om corneas form.<br>- Visar vilka linser som fungerar, om ögat tål linser och ev. tål att sova med linser.<br><br>(Phillips & Speedwell) |

## Referenser

Elliott, D. B. (red.) (1997) *Clinical procedures in primary eye care*. 2 uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann

Eperjesi, F. & Wolffsohn, J. S. (2007) Clinical instrumentation in contact lens practice. I: A. J. Phillips & L. Speedwell (red:er), *Contact lenses*. 5 uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann

Jones, L. W. & Dumbleton, K. (2007) Soft contact lens fitting. I: A. J. Phillips & L. Speedwell (red:er), *Contact lenses*. 5 uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann

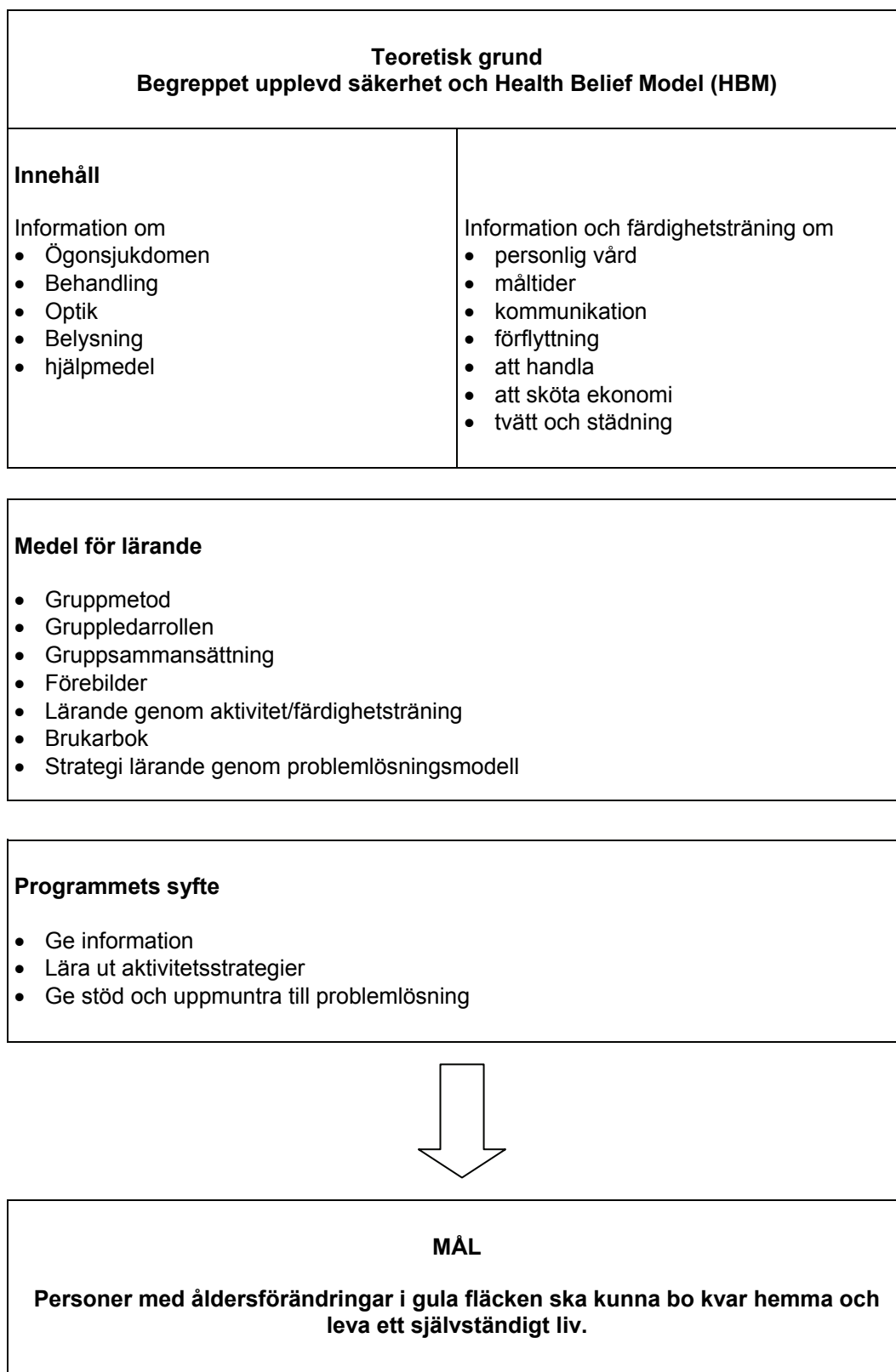
Phillips, A. J. & Speedwell L. (red:er) (2007), *Contact lenses*. 5 uppl. Oxford: Butterworth-Heinemann

Speedy-K manual. (2005) Righton

Testchart 2000 pro manual. Thomson Software Solutions.

The Mars Letter Contrast Sensitivity Test  
<http://www.marsperceptrix.com> [Hämtad 2011-03-29]

## Hälsoutbildningsmodell



Modell **Snäckan** med dess olika komponenter, som tillsammans formar gruppскеendet.

