

# Gemensam problemlösning vid Alternativ och Kompletterande Kommunikation



**Gerd Zachrisson, Bitte Rydeman & Eva Björck-Åkesson**

**2001**

## Förord

Den här skriften handlar om hur man genom samarbete kan komma fram till vardagsfunktionella lösningar för personer med kommunikationshandikapp. Utgångspunkten är den modell för familjemedverkan och gemensam problemlösning som utvecklats av Mats Granlund och Eva Björck-Åkesson, här speciellt tillämpad på AKK-området. Modellen för gemensam problemlösning har utformats och använts vid åtgärder för vuxna och barn i behov av särskilt stöd (Granlund, 1988; Björck-Åkesson & Granlund, 2000). Den har utvärderats vid forskningsstiftelsen ALA, Stockholm och inom forskningsprogrammet CHILD (Children-Health-Intervention-Learning-Development) vid Mälardalens Högskola. Likaså har den använts som grund för en interventionsmodell i ett projekt kring kommunikation (KomP) på Bräcke Östergård, Göteborg, 1995-1998, (Zachrisson, 1998). Ytterligare erfarenhet av gemensam problemlösning kring alternativ och kompletterande kommunikation har tillförts genom projektet "Kommunikation genom teknik – ur ett vardagsperspektiv", ett projekt i samarbete mellan kommunikations- och dataresurscentren DART i Göteborg och DaKo i Halmstad 1999-2001, finansierat av KFB (Vinnova).

Skriften riktar sig främst till arbetsterapeuter, logoped, pedagoger och andra som i sitt yrke kommer i kontakt med personer som använder eller har behov av alternativ och kompletterande kommunikation, AKK. Syftet är att beskriva en modell för samverkan där brukaren, de som han/hon samspelar med och experter/professionella kan mötas. Alla kan bidra med sina olika kunskaper och erfarenheter i arbetet med att utveckla bra lösningar för brukaren som ger henne/honom möjligheter att kommunicera i vardagen på ett tillfredställande sätt.

En ofta förekommande fråga vid gemensam problemlösning är varför begreppet "problem" används. Anledningen till att vi valt att använda detta begrepp är att det är generellt och kan inbegripa olika former och nivåer av svårigheter. Det går emellertid bra att använda begrepp som svårigheter eller frågeställningar. I praktiken pratar man ofta om svårigheter. Naturligtvis är det viktigt att i första hand se till personens resurser och till resurser i omgivningen och använda dessa i åtgärdsarbetet.

Gerd Zachrisson, arbetsterapeut vid kommunikations- och dataresurscentret DART i Göteborg har tagit initiativ till skriften och har sammanställt den tillsammans med Eva Björck-Åkesson, professor i pedagogik vid Mälardalens Högskola och Bitte Rydeman, logoped vid dataresurscentret DaKo i Halmstad och doktorand vid Institutionen för Lingvistik vid Göteborgs Universitet.

December 2001

Göteborg, Halmstad & Västerås

Gerd Zachrisson, Bitte Rydeman & Eva Björck-Åkesson

## Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Det behövs minst två för att kommunicera.....	3
1.2 Definition av AKK.....	3
<b>2 Att arbeta med gemensam problemlösning</b> .....	<b>5</b>
2.1 Åtgärder kan ske på olika sätt .....	5
2.2 Olika roller i gemensam problemlösning .....	7
2.3 Kartläggning och åtgärder .....	8
2.4 WHO:s nya klassifikation av funktion och funktionshinder.....	9
2.5 ICF och kommunikation.....	11
2.6 Aktivitet och delaktighet i kommunikation .....	13
<b>3 AKK och hjälpmedel</b> .....	<b>14</b>
3.1 Kommunikativ kompetens.....	14
3.2 Hjälpmedelsanvändning .....	15
<b>4 Gemensam problemlösning i kommunikativ intervention</b> .....	<b>17</b>
4.1 Kartläggningsfasen.....	18
4.2 Åtgärdsfasen .....	26
4.3 Uppföljning och utvärdering .....	32
<b>5 Praktiskt genomförande för att identifiera problem och resurser</b> .....	<b>34</b>
5.1 Det inledande mötet.....	34
5.2 Hur ställer man frågor .....	36
5.3 Att tänka på.....	38
5.4 Ännu ett exempel .....	38
<b>6 Diskussion</b> .....	<b>40</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>42</b>

# 1 Inledning

## 1.1 Det behövs minst två för att kommunicera

Mänsklig kommunikation innebär ett utbyte av information mellan människor och kan bestå av allt från omedvetna signaler som visar sinnestillstånd och känslor till komplexa språkliga uttryck för abstrakta idéer och värderingar. Att kunna tala och förstå talat (och skrivet) språk är grundläggande för att kunna fungera i det moderna samhället. Ändå använder vi också gester, minspel och andra icke-språkliga uttryckssätt mycket mer än vi kanske tror. Grundbetydelsen av ”kommunicera” är att göra något gemensamt, vilket betyder att det krävs minst två personer för att kommunicera. Det innebär att när man arbetar med olika slag av kommunikationshandikapp måste man ta hänsyn till både den person som har en funktionsnedsättning och dem som han/hon ska samspela med (Björck-Åkesson, Brodin & Fälth 1997) De personer som finns nära individen till vardags (familj, vänner, lärare, assistenter etc.) har här en nyckelroll.

En person som inte kan tala eller har ett mycket svårförståeligt tal kan ha stor nytta av alternativ och kompletterande kommunikation - AKK. Det innebär att andra uttryckssätt används istället för, eller som komplement till talet, tex. blick, minspel, gester, tecken, bildsymboler och skrift. Det finns också olika typer av tekniska hjälpmedel, som samtalsapparater, specialanpassade datorer och datorprogram som kan ge stora möjligheter till kommunikation (Rydeman & Zachrisson 2001). I praktiken används dock inte alltid dessa hjälpmedel i den utsträckning som man hade hoppats och trott. En orsak till detta kan vara att hjälpmedlet och dess innehåll inte svarar mot ett upplevt behov i vardagen. Det kan ha kommit till för att man trott att det skulle vara bra, utan att man tagit reda på vad det ska vara bra för. Ibland kan det också vara så att det är omständligare att använda hjälpmedlet än de andra kommunikationssätt som står till buds. Det kan även vara så att det finns ett fungerande samspel i vardagen som upplevs som tillräckligt bra tillsammans med dem som känner en person väl. Då kan det kännas konstlat att använda ett sätt att kommunicera som i alla fall inledningsvis ställer större krav både på personen med funktionshinder och på närmiljöns stöd. Att använda AKK kan å andra sidan ge personen med funktionshinder mycket större möjligheter att uttrycka just det som han/hon vill uttrycka, och ge personen en högre grad av självbestämmande och inflytande över sitt liv.

När man använder gemensam problemlösning vid introduktionen av AKK och kommunikationshjälpmedel, kan det bidra till att AKK verkligen sätts in för att möta ett konkret behov och kommer till användning i vardagen.

## 1.2 Definition av AKK

Alternativ och kompletterande kommunikation används när den vanliga kommunikationsförmågan inte räcker till, t.ex. på grund av stora talsvårigheter. En utbredd definition av AKK är den som ges av the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1989):

”Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, är ett område inom vilket man genom kliniskt praktiskt arbete försöker att kompensera, temporärt eller

permanent, för nedsättning och oförmåga hos personer med kommunikationsstörningar.”

Definitionen bygger på att AKK-interventionen är multimodal d v s, att man utgår från individens hela kommunikationsförmåga och inkluderar redan fungerande tal, icke verbal kommunikation, tecken och hjälpmedel (Beukelman & Mirenda, 1998). Med begreppet AKK menas då såväl ljud och naturliga gester som olika symbolsystem och högteknologiska hjälpmedel. Denna definition fokuserar helt på personen med funktionshinder.

I boken Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik finns en bra översikt av alternativ och kompletterande kommunikation (Heister Trygg, Andersson, Hardenstedt & Sigurd Pilesjö (1998). Här tar man fasta på att kommunikation alltid sker mellan personer och definierar AKK som ett interpersonellt begrepp:

”kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar ett bristande tal/språk. AKK innefattar:

- *Brukaren* – personen som har funktionsnedsättning för kommunikation
- *Redskapen* – kommunikationssätt och hjälpmedel för dessa
- *Omgivningen* – människor, samspeletpartnern och miljö” (s. 8)

De olika definitionerna speglar synsätt som varit förhärskande inom AKK. Tidigare var forskning och kliniskt arbete ofta fokuserat enbart på individen med svårigheter och på att ge stöd till denna person. Idag finns ett mer nyanserat synsätt där både personen med svårigheter att kommunicera och de som han/hon kommunicerar med ses som viktiga för samspelet. Detta innebär att både personens förutsättningar och omgivningen betraktas som viktigt för utfall av kommunikativ intervention. Synsättet på AKK är nära relaterat till hur man arbetar med åtgärder för att stödja personer med funktionsnedsättning. Enligt den traditionella modellen och ett utvecklingsperspektiv blir åtgärder koncentrerade på personen med funktionshinder. Med ett funktionellt perspektiv som beaktar både personen och interaktionen med omgivningen kan åtgärder göras med fokus både på personen med funktionshinder och omgivningen (Björck-Åkesson, 1992). Detta ger många fler möjligheter att påverka kommunikationen och den kommunikativa kompetensen.

För att införa och använda AKK behövs en ordentlig kartläggning av behov hos personen med funktionshinder, där man också tar hänsyn till den sociala och fysiska miljön. Man bör då inte bara kartlägga kommunikationsmöjligheterna hos personen som använder AKK, utan också själva samspelet med andra. För att kunna göra en sådan kartläggning behövs en modell för samverkan där information både från brukaren/personen med funktionshinder, från personer i närmiljön och professionella inom AKK beaktas.

När man ska utforma åtgärder för att förbättra möjligheter till kommunikation och samspel krävs att dessa är förankrade både hos personen som använder alternativ eller kompletterande kommunikation och de som hon/han ska samspele med. Dessutom behövs oftast stöd från olika experter inom AKK-området då alternativa och kompletterande former för kommunikation ska introduceras och användas. För att kunna ”göra gemensam” då man beslutar om åtgärder och genomförande av dessa behövs ett bra sätt för att lösa problem tillsammans och besluta om lämpliga åtgärder och deras genomförande.

## 2 Att arbeta med gemensam problemlösning

Individens utveckling sker i samspelet mellan personen och det han/hon upplever i sin vardag. I det ömsesidiga samspelet mellan individ och miljö är båda lika viktiga. Sameroff och Fiese (2000) kallar detta för en transaktionell modell. Med denna modellen som grund för insatser när det gäller kommunikation utgår man ifrån att tillvaron är komplex med många olika faktorer på olika nivåer som samspekar med varandra och bidrar till utveckling av samspel och kommunikation. Man kan inte komma åt allt som påverkar utveckling, inläring och en persons sätt att fungera, men man kan ta reda på olika orsaker till problem och diskutera hur dessa hänger ihop. Utifrån en analys av svårigheter och resurser kan man sedan se vilka åtgärder som kan vara lämpliga för varje enskild person. Utveckling och lärande kan ses som en ständigt uppåtgående spiral där det ena ger det andra. Detta får konsekvenser för vad man gör för att motverka en negativ utveckling och få till stånd en positiv sådan. Det leder också till en inställning att det aldrig är för sent att arbeta med åtgärder för att förbättra kommunikation och samspel hos personer i behov av alternativ och kompletterande kommunikation.

Sameroff och Fiese (2000) menar att det finns två stora myter inom arbete med åtgärder. Den ena innebär att det skulle finnas enstaka orsaker till störningar i utvecklingen, och den andra att orsaker till störningar kan elimineras genom att man enbart riktar sina åtgärder mot individen. Individer ingår alltid i olika system som reglerar utveckling, och det betyder att orsaker till störningar kan finnas både hos individen och i omgivningen. Därför måste man alltid leta efter många olika orsaker till hur en persons kommunikation fungerar, både hos personen och i den sociala och fysiska miljön. Om man bara genomför en kartläggning av personen bortser man från alla andra faktorer i den sociala och fysiska miljön som påverkar utvecklingen. För att ha möjlighet att arbeta med åtgärder både utifrån personens förutsättningar och miljön måste man arbeta med kartläggning både av personen och den sociala och fysiska miljön (Björck-Åkesson, Brodin & Fälth, 1997). De personliga förutsättningarna handlar både om eventuell diagnos och personens förmågor, personlighet och sätt att lära. Den sociala miljön handlar om hur personen bemöts av andra personer, vilka strategier de använder i samspelet och hur själva samspelet med andra i närmiljön ser ut. Det handlar också om hur vardagslivet är strukturerat, t.ex. uppläggning av aktiviteter, schema och skoltid eller arbetstid. Till den fysiska miljön hör utformningen av lokaler, belysning, hjälpmedel av olika slag, samt material som används för lek, aktiviteter och avkoppling. Det kan också handla om en persons placering i rummet i förhållande till andra eller utformning av arbetsplatsen.

### 2.1 Åtgärder kan ske på olika sätt

Val av åtgärder måste matcha de behov av stöd som uttalas av personen och närmiljön, de problem som ska lösas, personens utvecklingsnivå och funktion samt aktuella situation. Dessutom är det stöd som finns tillgängligt eller kan bli tillgängligt i närmiljön av stor betydelse. Genom att observera styrka och svagheter kan man fastställa mål för åtgärder som ger god effekt i förhållande till insats. Det finns aldrig bara ett sätt att arbeta med kommunikativa åtgärder. Vilken strategi som är lämplig beror på varje unik person i sin specifika närmiljö.

Man kan beskriva olika typer av åtgärder som *behandling*, *omdefiniering* och *fortbildning* (Sameroff & Fiese, 2000). *Behandling* kan likställas med *undervisning eller träning* och innebär att t.ex. en arbetsterapeut, pedagog eller logoped använder sig av en metod för att uppnå en förändring hos personen med funktionshinder. Det kan gälla att personen tränar sina förmågor och lär sig nya saker eller att han/hon ändrar sitt sätt att bete sig eller handla gentemot omgivningen. Ett exempel är att lära en person att läsa och skriva eller att hantera ett kommunikationshjälpmedel. Ett annat är att lära personen strategier för att koncentrera sig eller använda information. *Behandling/undervisning eller träning* handlar om explicit inläring, alltså att lära ut något direkt till personen. Olika sätt att definiera åtgärder leder till skilda sätt att arbeta med kartläggning och åtgärder. Traditionella specialistinriktade yrkesroller, t ex som sjukgymnast eller logoped, har ofta varit inriktade på träning av olika slag. Även lärare lägger sin fokus på träning genom att använda olika pedagogiska metoder.

*Omdefiniering* innebär förändringar i uppfattningar av personen och dess förmågor, t ex förälders, lärares eller vänners uppfattning. Genom att observera personen, eller att prata med andra som ser personen i andra situationer, kan en förälder eller lärare få en ändrad uppfattning om personens beteende och förmågor. I sin tur kan detta leda till att föräldern eller läraren bemöter personen på ett mer nyanserat eller annorlunda sätt. *Omdefiniering* är relaterat till implicit inläring, alltså sådan inläring som sker utan direkt instruktion och som inte alltid är planerad. *Omdefiniering* kan innebära att en samspelepartner ser mer till det som är " normalt " hos en person istället för till det som är avvikande. Detta kan i sin tur leda till att de beter sig på ett sätt som gagnar samspelet. Ett exempel på *omdefiniering* är att förstå att en persons aktivitet eller beteende som betecknats som aggressivitet egentligen är ett sätt att be om uppmärksamhet, eller att inse att anledningen till att en person avskärmar sig är att han/hon behöver tid att "samla ihop sin kropp" och inte är ointresserad. Ett annat exempel är att lära känna en persons eget sätt att förklara varför han/hon har svårigheter att samspela. Detta kan leda till att samspelepartnern anpassar sitt sätt att kommunicera och använder samspelestrategier som passar bättre. *Omdefiniering* sker ofta i samband med kartläggning och åtgärder, t ex genom diskussioner vid kartläggningen kring personens förmågor och resurser och om vad som utgör svårigheter i samspelet. Ibland sker *omdefiniering* planerat och medvetet och ibland omedvetet.

*Fortbildning* innebär att personer i närmiljön och professionella runt personen med funktionshinder ökar sina egna färdigheter och kunskaper, vilket i sin tur är till nytta för personen som är i behov av alternativ och kompletterande kommunikation. Exempel på *fortbildning* är att lära sig mer om samspel, olika sätt att kommunicera, användning av hjälpmedel men även att lära sig om teoretiska modeller som ger nya begrepp att använda i samarbete kring alternativ och kompletterande kommunikation. *Fortbildning* kan också vara en del av åtgärdsarbetet, t ex genom att personen med funktionshinder, föräldrar, förskollärare/lärare, assistenter och andra yrkeskategorier som arbetsterapeuter, logopeder, sjukgymnaster och tekniker tillsammans arbetar med kartläggning av personen och miljön och lär av varandra, eller i form av föreläsningar, studiedagar och kurser.

För att kunna arbeta tillsammans med intervention, som består av både kartläggning och åtgärder, behövs en gemensam syn på hur interventionsprocessen går till. I denna process

ingår *kartläggning, målsättning, genomförande och utvärdering*. Det behövs också ett sätt att lösa problem. En gemensam struktur underlättar för alla parter. Genom att bygga upp en gemensam begreppsram utnyttjas kunskaper och erfarenheter hos samtliga som medverkar för att befrämja kommunikation och samspel hos personen i behov av alternativ och kompletterande kommunikation.

## **2.2 Olika roller i gemensam problemlösning**

Gemensam problemlösning innebär att professionell personal hjälper brukare och närmiljön att själva identifiera problem, sätta mål och genomföra lämpliga och önskvärda åtgärder i vardagen. Genom att brukaren/familjen själva är aktiva och har kontroll i alla steg startas en process som i sig skapar förändring. Det blir en hjälp till självhjälp. Det är inte ”experten” som bestämmer vad som skall göras, det är brukaren och närmiljön som fattar beslut med stöd av ”professionell” personal. Genom gemensam problemlösning lär sig de medverkande av varandra om förutsättningar och förmågor och om olika sätt att se på dessa, samt om den sociala och fysiska miljös betydelse för och inflytande i samspelet. Experter lär av brukaren och närmiljön om personens vardagsliv och personer i närmiljön får kunskap om förmågor och förutsättningar samt AKK.

I vardagsmiljön finns den största potentialen för påverkan av olika slag. Det är viktigt att brukaren själv och de som har vardagskontakt med henne/honom medverkar i kartläggningen eftersom kartläggningen måste utgå ifrån behov av stöd och problem som upplevs i vardagen. Brukaren själv, anhöriga, lärare och assistenter och annan personal har kunskaper om vardagsmiljön och de svårigheter som personen upplever där och de resurser som finns där. De är experter på att tala om vad som innebär problem för brukaren, förklaringar till problemen samt vilka mål som är rimliga. De är också experter på att vardagsanpassa metoder och genomföra metoder i vardagen.

Professionella “experter” av olika slag, arbetsterapeut, logoped, pedagog etc. bidrar med kunskap kring brukarens svårigheter och lösningen av dessa i kartläggningsprocessen. Den professionella rollen innebär främst att vara expert på förklaringar till problem ur olika perspektiv, i första hand avseende kroppsliga strukturer och funktioner och aktivitet/förmåga, men även avseende delaktighet och miljöfaktorer. De är också experter på att utforma metoder som bygger på dessa förklaringar, samt att utvärdera resultat av åtgärder. Experterna har tidigare erfarenheter av att arbeta med AKK och med personer med liknande problem. Dessutom har experterna erfarenhet av att arbeta konsultativt vilket kan innebära att de har kunskaper i att arbeta med problemlösning. De är en resurs när det gäller att hjälpa till att strukturera och prioritera i kartläggnings- och åtgärdsprocessen.

Förklaringar till problem utgör kärnan i problemlösningensprocessen. De kan ges både av personer i vardagsmiljön och “experter”. De som är nära brukaren till vardags grundar sina förklaringar på observationer i vardagslivet. Dessa förklaringar kan handla både om brukaren, miljön, hjälpmedel eller uppgift. Experterna känner bäst till de förklaringar som grundas på olika typer av utredningar, t ex diagnos eller bedömningar inom olika områden. Dessa utgör en annan typ av förklaringar än de som handlar om fungerande i vardagen. Vissa av ”expertförklaringarna” utgör bakgrundsinformation som förklarar varför brukaren har

speciella problem, t ex en diagnos. Denna typ av förklaring ger sällan information som är direkt användbar vid utformning av åtgärder. Andra förklaringar ger information som är direkt användbar vid utformning av åtgärder, t ex. att brukaren har svårigheter att peka, att se figur mot bakgrund, har svårt att hålla saker i minnet eller har svårt att skilja ljud från varandra. Denna typ av förklaringar ger information som är direkt användbar vid utformning av åtgärder. Båda typen av förklaringar behövs för att komma fram till en rimlig och väl förankrad bild av vad brukarens problem är och varför han/hon har dessa. I praktiken arbetar man med problembeskrivning och förklaringar parallellt och även med prioritering av problem.

### 2.3 Kartläggning och åtgärder

Interventionsprocessen kan beskrivas i flera steg (Björck-Åkesson & Granlund, 2000; Björck-Åkesson, Granlund & Olsson, 1996; Granlund, 1988). Dessa steg innefattar kartläggning och analys av problem och förklaringar, målformulering, utformning och genomförande av metod samt utvärdering och revidering av åtgärderna. Kartläggningen är en del av interventionen och ger ramarna för vidare utformning av processen. För att kunna individualisera behöver man göra en noggrann kartläggning där man identifierar och analyserar personens resurser och behov av stöd och förutsättningarna i miljön.

Tabell 1. Interventionsprocessen

KARTLÄGGNINGSFAS		ÅTGÄRDSFAS	
1. Inventering av resurser och svårigheter	2. Problembeskrivningar	4. Målformulering	6. Utvärdering och revidering
	3. Problemförklaringar: person-samspel-miljö	5. Metod	

Interventionsprocessen kan beskrivas i två faser, kartläggningsfasen och åtgärdsfasen. Inventeringen utgör det första steget i kartläggningen och är det första steget i själva interventionsprocessen. Där diskuterar man om resurser och svårigheter från olika perspektiv för att ringa in områden för behov av stöd. Vissa svårigheter kan lösas genom enkla åtgärder eller genom att de uttalas konkret. Ibland sker en omdefiniering i denna del av kartläggningen. Det kan leda till att det beskrevs som en svårighet från början inte längre ses som ett problem. Med utgångspunkt i inventeringen och de behov av ytterligare information som framkommer där utformar man sedan den huvudsakliga kartläggningen som syftar till att formulera specifika problem och förklaringar till varför dessa problem uppstår. När kartläggningen är genomförd har ett fåtal konkreta problembeskrivningar utkristalliserats och man har hittat olika förklaringar till dessa. Problembeskrivningarna kan formuleras i termer av vad personen

gör för sällan, aldrig, för ofta, eller alltid. Förklaringar till problem finns alltid på olika nivåer, hos personen, i samspelet och i den sociala och fysiska miljön.

Första steget i åtgärdsfasen är prioritera och formulera konkreta mål. Målen beskrivs i relation till de problem som beskrivits. När problemet inte längre finns har ju målet uppnåtts. För att hitta bra metoder för åtgärder kan man gå tillbaka till problemförklaringarna. De flesta förklaringar pekar direkt på ett sätt att åtgärda det som är ett problem. När åtgärderna har genomförts görs en utvärdering av måluppfyllelse. Om man nått målet finns problemet inte kvar längre och nästa steg blir att arbeta med något annat. Om målet ej har nåtts får man gå tillbaka och kontrollera om målet var för högt satt, om man använde fel åtgärd eller metod eller genomförde metoden på ett felaktigt sätt, eller om man arbetat med fel problem. Interventionsprocessen kan ses som en spiral där successivt nya mål sätts upp, åtgärdas och utvärderas.

I interventionsprocessen är det nödvändigt att samarbeta. Olika slags information och kunskap behövs för att kunna planera och genomföra åtgärder. För att arbeta tillsammans behövs en gemensam referensram. När det gäller kartläggning och åtgärder för personer med funktionshinder utgör Världshälsoorganisationens (WHO, 2001, b) nyligen reviderade klassifikation av funktioner, funktionshinder och hälsa (ICF, Maj, 2001) en god grund för samarbete.

## **2.4 WHO:s nya klassifikation av funktion och funktionshinder**

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), som antogs av WHO i maj 2001, ersätter WHO:s tidigare klassifikation av skada, funktionshinder och handikapp (ICIDH, 1980). Det övergripande målet för ICF är att ge ett samlat och standardiserat språk och en god struktur för att beskriva mänskliga funktionstillstånd och funktionshinder som viktiga aspekter av hälsa (2001, a, b).

ICF har två delar, vardera med två komponenter. Den första delen beskriver funktionstillstånd och funktionshinder i förhållande dels till 1) kroppsfunktioner och kroppsstrukturer dels till 2) aktiviteter och delaktighet. Den andra delen innehåller omgivningsfaktorer och personliga faktorer.

**Kroppsfunktioner** är fysiologiska eller psykologiska funktioner i kroppssystemen, t.ex. funktioner för att uppfatta och producera ljud och tal.

**Kroppsstrukturer** är kroppens anatomiska delar såsom organ, lemmar och deras komponenter-t.ex. kroppsdelar som behövs för att kommunicera, muskler som behövs för att tala och använda kommunikationshjälpmedel.

**Aktivitet** är en persons utförande av en uppgift eller handling. t.ex. aktiviteterna att förstå och producera talade och skrivna meddelanden, eller meddelanden i form av teckenspråk, liksom

även aktiviteterna för samspel och konversation och användning av kommunikationshjälpmedel.

**Delaktighet** är en individs engagemang i en livssituation.

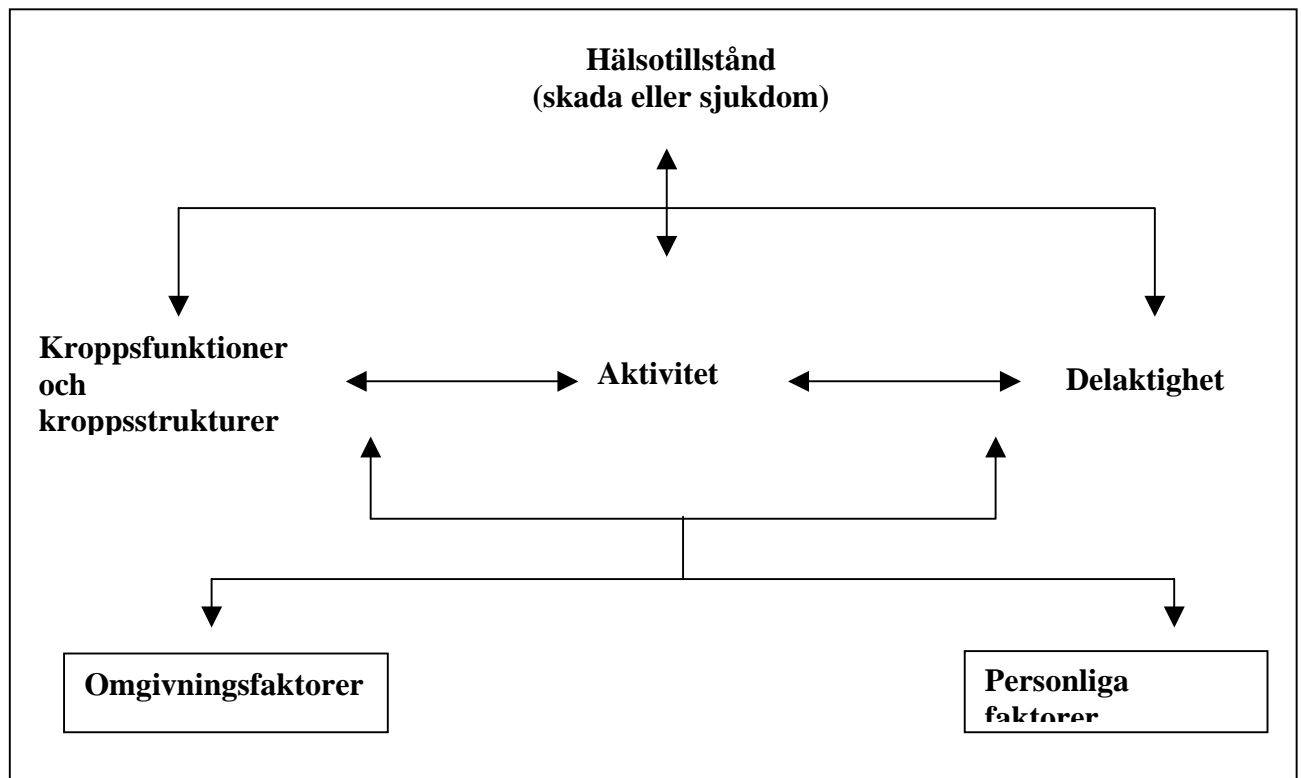
*Delaktighet i sociala relationer* innebär relationer som människor har med familjemedlemmar, intima partners, vänner, kamrater och främlingar. Dessa relationer sträcker sig från de mest personliga och intima till de mest avlägsna och opersonliga. Inskränkningar i delaktighet i relationer uppstår genom hinder i den sociala och fysiska omgivningen som brukar finnas på grund av andra människors attityder och beteende. *Delaktighet i samhällsgemenskap, socialt och medborgeligt liv* innebär organiserat socialt liv utanför familjen innefattande lokala eller samhällseliga sammanslutningar, klubbar, grupper, organiserade religionssamfund samt det politiska och medborgerliga livet i ens eget land. Politisk delaktighet gäller en persons sociala och lagliga ställning - delaktighet i medborgarskap. Detta innefattar de rättigheter och skyldigheter som en person har och de sociala och politiska roller man kan spela i sitt samhälle. Inskränkningar på dessa områden uppstår när omgivningsfaktorer skapar hinder på något område i samhällseligt, socialt och medborgerligt liv.

**Aktivitet och delaktighet** kompletterar varandra och beskrivs med samma index men med olika bedömningsfaktorer och presenteras i en lista som täcker hela omfånget av livsområden, dvs. från grundläggande utveckling och lärande till mer sammansatta områden som sociala uppgifter. Aktivitet/delaktighet bedöms med två bedömningsfaktorer; kapacitet dvs förmåga att utföra en handling samt genomförande dvs vad man verkligen gör i sin aktuella omgivning. Man skiljer alltså på vad man *kan* göra och vad man *gör* i dagliga livet.

**Omgivningsfaktorer:** Omgivningsfaktorer utgörs av den *fysiska, sociala* och *attitydmässiga* omgivning i vilken människor lever och formar sina liv. Omgivningsfaktorerna har inverkan på övriga komponenter och är organiserade från personens närmaste omgivning till den allmänna omgivningen. Till omgivningsfaktorer hör att andra personer finns tillgängliga att samspele med, att de väntar in en person som är långsam, att hjälpmedel är anpassade.

**Personfaktorer** är den individuella bakgrunden till en persons liv och utgörs av personliga egenskaper som inte rör hälsoförhållandet eller hälsotillståndet, t ex ålder, kön, utbildning, erfarenheter, personlighet och livsstil. De klassificeras ej i ICF, men kan inverka på resultatet av olika åtgärder.

I figur 1 visas att funktionstillstånd och funktionshinder ses som en dynamisk interaktion mellan hälsotillståndet och omgivnings- och personfaktorer. Interventioner på en nivå har en möjlighet att påverka andra nivåer. Klassifikationen ger beskrivningar som utgör en ram för att organisera information och kan användas för att beskriva kommunikations- och samspeleproblem. Det finns alltid olika vägar att arbeta med intervention och det är därför viktigt att beakta olika typ av information.



Figur 1. Aktuell tolkning av interaktioner mellan komponenterna i ICF (från svensk översättning, ICF, 2001 08 24, s. 21) (WHO, 2001, a).

### Andra definitioner av aktivitet

Det krävs ibland en ganska stor omställning när det kommer en ny modell (t ex ICF) som använder inarbetade begrepp på ett nytt sätt. Inom arbetsterapi är "aktivitet" ett centralt begrepp som definieras på följande sätt av Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter: "Med en människas aktivitet avses varje interaktion/samspel med omgivningen" (FSA 1998), dvs. man har inte tidigare skiljt på aktivitet och delaktighet. För arbetsterapeuter innebär ICF ett annat sätt att tänka, men att anamma ICF definitioner av aktivitet kontra delaktighet kan förtydliga omgivningens betydelse samt klargöra skillnaden mellan vad en person kan göra och vad hon verkligen gör i det dagliga livet (Gray 2001).

## 2.5 ICF och kommunikation

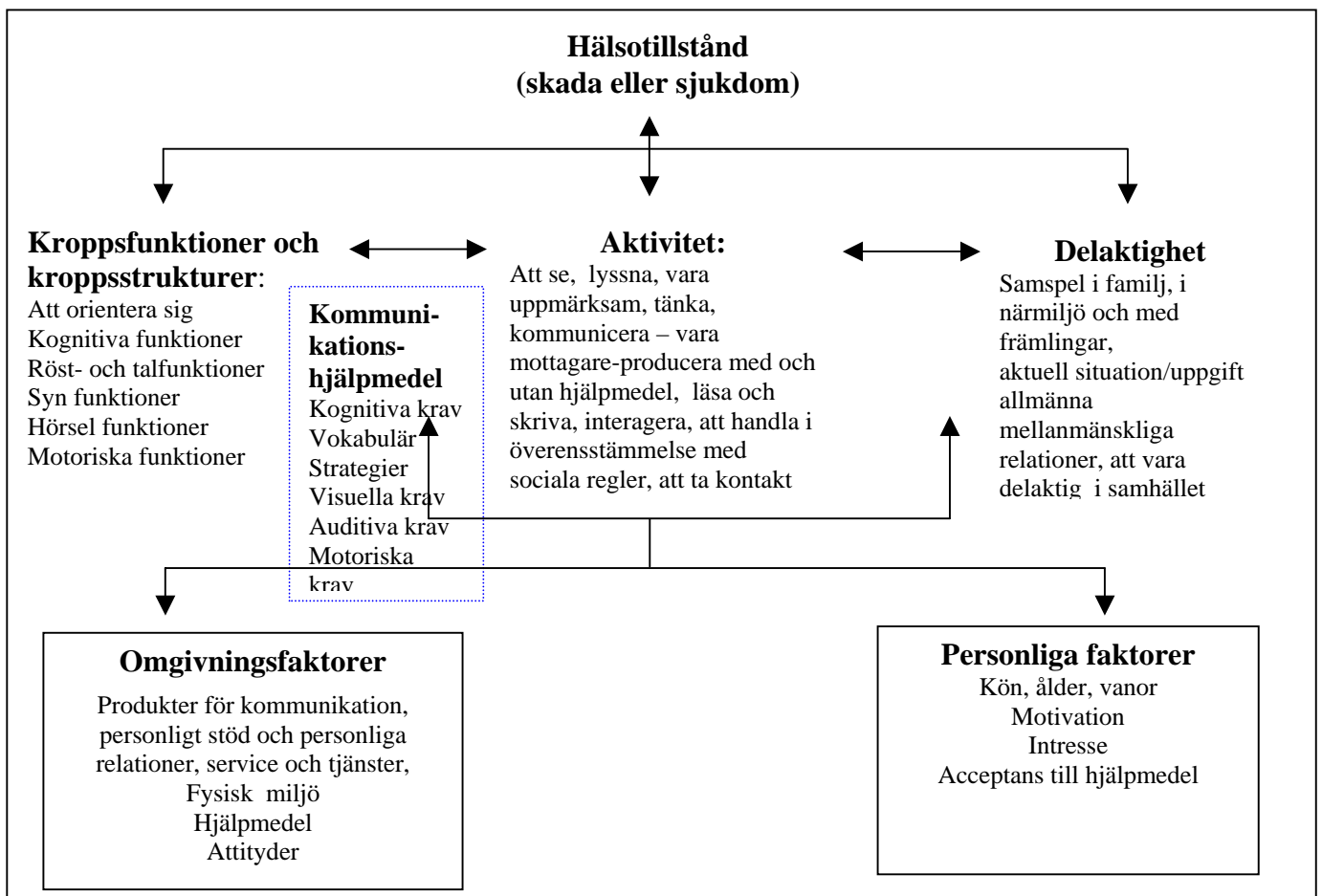
ICF kan användas som en ram för diskussion kring information som behövs för att beskriva en person och dennes behov av stöd och resurser på olika nivåer. Kommunikations-svårigheter kan formuleras i termer av aktivitet eller delaktighet. Samtliga komponenter och omgivningsfaktorerna kan utgöra förklaringar till det som innebär problem i samspelet. Exempelvis kan en svårighet vara att en person inte deltar i aktiviteter tillsammans med andra personer (delaktighet). Förklaringar till detta kan vara att personen saknar tal på grund av att de muskler som styr talorganen inte fungerar beroende på en skada (kroppslig funktion och anatomisk struktur), och att personen inte tar kontakt på ett tydligt sätt (aktivitet). Till omgivningsfaktorer hör att andra inte förstår personen, att andra inte väntar på personen eller att de inte engagerar sig i samma aktiviteter som personen med svårigheter (social miljö). Det kan också handla om att de fysiska förutsättningarna i miljön för bra samspel saknas, t ex material och ytor för aktiviteter. I detta sammanhang kan nämnas att diagnosen utgör en bakgrundsförklaring till svårigheter, och att diagnosen mycket sällan kan påverkas av

kommunikativ intervention. Diagnoser klassificeras inte i ICF utan i ICD10 (International Classification of Diseases) som är den internationellt erkända klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem (WHO, 1992). En diagnos kan ge viktiga förklaringar till kroppsliga funktioner och strukturer och om förutsättningar för aktivitet. ICF och ICD10 kompletterar varandra genom att ge olika typ av information som behövs för att göra en god analys av en persons förutsättningar för utveckling, lärande och kommunikation. För att utgöra en god grund för intervention behövs emellertid information både om individuella förutsättningar och om den sociala och fysiska miljön, samt om den uppgift som ska utföras.

När det gäller alternativ och kompletterande kommunikation kan ICF användas för att utgöra grund till kartläggning av en persons behov av stöd både avseende personens egen kommunikation men även avseende samspelet med personer i närmiljön och andra.

Varje komponent i ICF har underrubriker med olika bedömningsfaktorer, varav vissa direkt kan tillämpas på området kommunikation. I figuren nedan redovisas dessa bedömningsfaktorer direkt under varje komponent. Hjälpmedel kan anses vara en omgivningsfaktor, men rätt använt kompenserar hjälpmedel för nedsatt funktion på individnivå. Ett samtalshjälpmedel kan kompensera för nedsatt röst- och talfunktion, ett alternativt styrsätt för nedsatt motorisk funktion, talsyntes för nedsatt synfunktion etc. En sådan kompensation på individnivå kan i sin tur leda till ökad aktivitetsförmåga och delaktighet. I ICF modell ovan har kommunikationshjälpmedel placerats så att det avspeglar förhållandet mellan hjälpmedel som en omgivningsfaktor som i sin tur kompenserar på individnivå och påverkar aktivitetsförmågan.

Figur 2. Viktiga komponenter i ICF avseende AKK



## 2.6 Aktivitet och delaktighet i kommunikation

När det gäller AKK är komponenterna aktivitet och delaktighet speciellt viktiga. Problem kan formuleras antingen på delaktighetsnivå eller på aktivitetsnivå. Utgår man från ICF:s definitioner innebär det att man söker problemförklaringar till svårigheter i samspelet både hos personen och i omgivningen. Även insatser kan göras både på aktivitetsnivå och delaktighetsnivå. Insatser på aktivitetsnivå kan vara att lära användaren att förbättra sitt kommunikationssätt. Det kan också vara att personen lär sig att använda ett nytt hjälpmedel i en given situation och anpassad miljö. Insatser på aktivitetsnivå innebär ofta träning av individen och/eller kompensation genom hjälpmedel. Insatser på delaktighetsnivå är inriktade på att förbättra livssituationen genom förändringar i omgivningen. Ofta krävs båda typerna av insatser. Om användaren saknar medel för att uttrycka det han vill måste man ofta börja med insatser på individnivå genom träning och/eller introduktion av AKK, tex bliss eller ett talande hjälpmedel. Detta kräver en stor insats i början från både individ och omgivning och påverkar delaktigheten både på kort och lång sikt.

Insatser i *fysisk miljö* kan vara att ta bort trösklar eller introducera ett nytt förflyttningshjälpmedel så att användaren kan ta sig fram till den han vill kommunicera med. Det kan också vara att sätta fast kommunikationshjälpmedel tex på rullstolen så att det alltid finns tillgängligt. Insatser i *social miljö* kan vara att minska gruppen i skolan och placera AKK-användaren mitt i gruppen för att underlätta samspel. Det kan också vara att lära omgivningen att förstå användarens speciella kommunikationssätt bättre, tex de signaler eller tecken han/hon använder. Insatser när det gäller *attityder* kan vara att öka förståelsen för individens förutsättningar och kommunikationsbehov. Om läraren eller anhöriga inser att de kan förvänta sig ett svar gör de längre pauser för att invänta svaret. Kursmaterial som *Kommunicera mera* (Granlund och Olsson, 1988) och *AKK i praktiken* (Andersson et al 1999) kan användas för att öka insikten hos omgivningen.

Även mål kan sättas på aktivitets- eller delaktighetsnivå. Målet på sikt när det gäller kommunikation är ökad delaktighet. Vid introduktion av ett nytt hjälpmedel kan det dock vara bra att sätta ett konkret mål på aktivitetsnivå som kan uppnås inom rimlig tid. Om brukaren t.ex behöver träning att hantera styrsätt till datorn för att så småningom kommunicera med den i skolsituationen, bör målet vara relaterat till att han/hon styr datorn, men kopplat till ett aktivitet eller delaktighet, tex spelar memory på datorn tillsammans med en annan person. Oftast finns orsaker till kommunikationssvårigheter i flera olika komponenter; kroppsfunction/struktur, aktivitet, delaktighet och i omgivningen. Om huvudsakliga orsaken finns i kroppsfunction/struktur kan AKK och kommunikationshjälpmedel vara förutsättning för att öka aktivitets- och delaktighetsförmågan.

### 3 AKK och hjälpmedel

Kommunikation kan beskrivas genom tre komponenter som tillsammans utgör en helhet; *kommunikativ form*, *kommunikativt innehåll* och *kommunikativ användning*. Om svårigheter uppstår i någon av dessa komponenter påverkas helheten (Bloom & Lahey, 1978). *Kommunikativ form* är de redskap som används för att uttrycka någonting: blickkontakt, kroppsspråk, ljud, gester, tecken, bild- eller symbolkommunikation, kommunikationshjälpmedel, talat eller skrivet språk. *Kommunikativt innehåll* är budskapet som överförs och baseras på erfarenheter, upplevelser och känslor. För att ha någonting att tala om krävs erfarenheter. Personer med funktionshinder kan ha annorlunda begreppsvärld beroende på att de har andra eller annorlunda erfarenheter. Detta gör att tolkningsutrymmet kan bli stort och leda till missförstånd. *Kommunikativ användning* handlar om hur personen använder sin förmåga att kommunicera och i vilket syfte eller varför man kommunicerar.

#### 3.1 Kommunikativ kompetens

Ett grundläggande begrepp inom AKK är kommunikativ kompetens (Björck-Åkesson, Fälth & Brodin, 1997; Granlund, 1993; Light, 1989). Begreppet kompetens kommer från det latinska ordet "competere" som betyder att vara tillräcklig. Kommunikativ kompetens är inte enbart knutet till individen, utan innefattar även samspelspartnern och den sociala fysiska miljön. När man talar om kommunikativ kompetens sätts samspellet med omgivningen i fokus. Kommunikation sker alltid inom ramen för en relation mellan minst två personer och handlar om ett ömsesidigt utbyte av erfarenheter, handlingar och känslor. Detta gäller all kommunikation och är av stor betydelse när en av parterna har svårigheter att kommunicera.

Kommunikativ kompetens definieras som förmågan att fungera tillräckligt bra i den dagliga kommunikationen. Det innebär att ha kunskaper och färdigheter för att kunna kommunicera, "being functionally adequate or having sufficient knowledge, judgement or skill" (Light, 1989, s.137 ). Tre centrala aspekter av kommunikation kan urskiljas:

- Funktionalitet - att fungera i vardagen
- Tillräcklighet, lämplighet - att svara på sätt som omgivningen förväntar sig och förstår
- Förmågan att kommunicera - Både personen med funktionshinder och samspelspartnern behöver kunskap, färdigheter och möjligheter att anpassa kommunikationen.

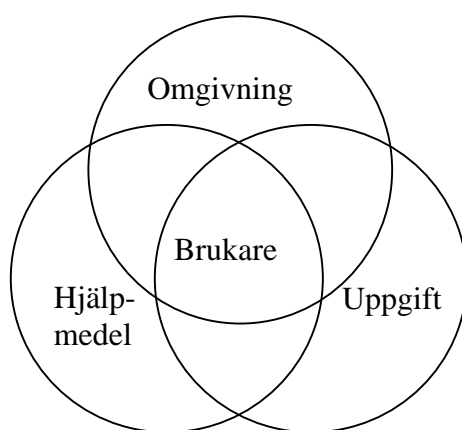
Light betonar kunskap, bedömning och färdigheter inom fyra områden som hänger samman: "språklig kompetens, operationell kompetens, social kompetens och strategisk kompetens" (Light, 1989, sid 137). Den språkliga kompetensen handlar om hur väl personen behärskar den språkliga koden, att känna till hur han/hon ska uttrycka sig för att bli förstådd. Den operationella kompetensen handlar om att kunna hantera olika sätt att uttrycka sig. Den sociala kompetensen innefattar social regler för kommunikation; att ta sin tur i samspellet, att upprätthålla och avsluta samspel. Strategisk kompetens handlar om att göra rätt sak vid rätt tillfälle och förmågan att utnyttja sina möjligheter till kommunikation på ett lämpligt och väl anpassat sätt.

Modellen för kommunikativ kompetens betonar individens förmåga och färdigheter och pekar på att denna kompetens alltid utvecklas och uppträder i samspel med andra personer. Den

kommunikativa kompetensen kan se olika ut i olika miljöer och tillsammans med olika personer och är även beroende av den uppgift eller aktivitet man är involverad i. Den kommunikativa kompetensen hos en person är t ex beroende av hur samspelspartners samspelar och anpassar sitt samspel till personen som använder AKK och till de hjälpmedel han/hon använder.

### 3.2 Hjälpmedelsanvändning

Bain (Bain & Leger 1997) har formgivit en modell över hjälpmedelsanvändning, BATS - Bain Assistive Technology System med fyra integrerade komponenter; användare, uppgift, hjälpmedel, omgivning.



Figur 3. Faktorer som påverkar användning av hjälpmedel (Bain & Leger 1997, s. 4)

Som tidigare nämnts beskriver Heister et al (1998) tre komponenter viktiga för AKK-användning; brukaren, redskapen och omgivningen, vilket stämmer väl överens med Bains hjälpmedelsmodell. Bain har dock lagt till ytterligare en dimension som avser uppgift.

Enligt Bain (1997) är alla dessa enheter lika viktiga att beakta när det gäller utprovning av hjälpmedel. Utgångspunkten är enligt Bain att; 1) varje person är värdefull medlem i samhället; 2) personer med funktionshinder måste ses som person med kapacitet och ska vara delaktig i all rehabilitering; 3) rehabilitering är komplex och måste ske i samarbete mellan professionella och personen själv och hans anhöriga; Omgivning har stor betydelse och kan både hindra och underlätta; 4) hjälpmedel kan kompensera för funktionshinder och öka självständigheten för personer med funktionshinder. Bortser man från en av komponenterna ökar risken att hjälpmedlet inte blir använt. För att få grepp över alla komponenter behövs teamsamarbete och att man arbetar utifrån en gemensam problemlösning.

Det kan alltså vara många faktorer som inverkar på om hjälpmedlet används eller ej. Riemer-Reiss (2000) har genomfört en studie i USA kring varför hjälpmedel inte används. Studien omfattade 115 användare i alla åldrar som tillsammans hade 136 hjälpmedel. De vanligaste hjälpmedlen var datorer, kommunikationshjälpmedel och programvaror. 32 % av hjälpmedlen användes inte efter fyra år. Hon kom fram till olika skäl till varför de inte användes:

- Otillfredsställande utformning av hjälpmedlet, tex. hållbarhet, tidsåtgång, svåransvänt.
- Bristande stöd när det gäller teknik, tex. reparation, träning, uppföljning.
- Bristande stöd i omgivningen, tex. stöd från familj, vänner, lärare etc.
- Bristande användarmedverkan i processen, tex. vid val och utvärdering av hjälpmedel, eget ägande.
- Bristande möjlighet att prova i hemmiljö.
- Förändringar av behov, som progredierande sjukdomar, andra intressen.
- Cost – benefit, överväger fördelarna över nackdelarna.
- Utseende, individuellt utformat.
- Täcker det behov?

Omgivningens stöd är alltså viktigt för att hjälpmedlen skall användas. Brukarna själva angav att det överlägset viktigaste faktorn var följande:

- Cost – benefit, att fördelarna övervägde nackdelarna.
- Användarmedverkan.

Detta innebär att det viktigaste vi kan göra för att öka användningen av hjälpmedel är att se till att användaren får stöd från omgivningen och att han/hon deltar i alla skeden i utprovningssprocessen, samt att man noga väger fördelar mot nackdelar.

Tabell 2. Positiva och negativa faktorer som påverkar användning av hjälpmedel (Riemer-Reiss , 2000).

Positivt	Negativt
Vill bli självständig	Föredrar mänsklig hjälp
Gillar teknologi	Ogillar teknik
Bekväm att använda	Obekväm att använda
Sparar tid	Svårt använda
Tycker om utseendet	Tycker det är fult, skäms
Lätt att underhålla	Svårt underhålla
Upplever ett behov	Upplever inget behov
Vill ha hjälpmedel	Vill inte ha hjälpmedel

När det gäller användarmedverkan bör man enligt Riemer-Reiss utgå från en brukarstyrd utprovning. Detta innebär att brukaren själv definierar sina behov av stöd, styr bedömningen, själv beställer hjälpmedel och tränar i vardagen.

Sammanfattar man den teoretiska bakgrund som presenterats i detta avsnitt innebär det att interventionen bör ha följande inriktning:

**Brukarinriktad** - åtgärderna utgår från de behov som användare, familj och andra i omgivningen upplever.

**Vardagsinriktad** - åtgärderna har effekt på det dagliga livet.

**Målinriktad** - åtgärderna utgår från tydliga mål, som är mätbara.

**Miljöinriktad** - åtgärderna riktas mot både användare och omgivningen.

**Cost-benefit-inriktad** – fördelarna måste överstiga nackdelarna.

Gemensam problemlösning ger en struktur som underlättar genomförandet av en intervention med sådan inriktning.

## **4 Gemensam problemlösning i kommunikativ intervention**

Björck-Åkesson, Granlund, och Olsson (1996) presenterar en generell struktur där brukaren och hans närmiljö samt experter inom AKK deltar aktivt i alla steg i interventionsprocessen. En sådan struktur behövs enligt Riemer-Reiss för att hjälpmedel verkligen skall accepteras av brukaren och har tidigare visat sig fungera vid utprovning av AKK (Zachrisson, 1998). Gemensam problemlösning innebär att man tillsammans definierar och löser problem och att man inledningsvis diskuterar många olika problem och många olika förklaringar för att sedan prioritera och komma fram till konkreta problem i dagsläget. Strukturen är generell och kan användas i olika sammanhang där flera personer tillsammans löser problem, t.ex. inom AKK. Vilket sammanhang den genomförs i påverkar sättet att arbeta med kartläggning och åtgärder. Ett exempel är vid den lokala habiliteringen där logoped, arbetsterapeut och specialpedagog kan samverka med brukaren och närmiljön. Här utgör närheten till brukaren en fördel och hjälpmedel kan provas ut i sin naturliga miljö. Ett annat exempel är vid ett av de kommunikationscentra som finns i Sverige, eller inom speciella kommunikationsteam som kan bestå av experter inom AKK området. Fördelen med dessa centra och team är att de träffar många personer i behov av AKK och har byggt upp en speciell kompetens utifrån detta. Oavsett sammanhang kan strukturen för gemensam problemlösning användas. Vad som är viktigt är att både brukaren och de personer som samspelar med brukaren till vardags deltar i samarbetet kring AKK och att man har en gemensam begreppsram.

I arbetet med gemensam problemlösning behövs både brukarens, närmiljöns och experternas kompetens för att utforma bra alternativa och kompletterande sätt att kommunicera som används funktionellt i brukarens vardagsmiljö. Tabellen nedan visar strukturen i gemensam problemlösning som också följer själva interventionsprocessen. I praktiken är det emellertid inte alltid så enkelt som det ser ut i modellen. De olika stegen går ofta in i varandra och tidsfaktorn gör att man kan arbeta på olika detaljeringsnivå. Det viktigaste är att man har innebörden i de olika stegen klart för sig och hur de förhåller sig till varandra och att de som samverkar är ense om att olika personer har olika information och kunskap att bidra med. De olika faserna i interventionsprocessen beskrevs tidigare i kapitel 2.3. Dessa sammanfaller med de olika stegen i gemensam problemlösning.

Tabell 3. Gemensam problemlösning i intervention

KARTLÄGGNINGSFAS			ÅTGÄRDSFAS		
STEG 1	STEG 2	STEG 3	STEG 4	STEG 5	STEG 6
Inventering	Problem-beskrivningar	Problem-förklaringar	Prioritering och mål-formulering	Metod	Utvärdering och revidering
Inventering och analys av resurser och svårigheter	Beskrivning av konkreta problem och prioritering	Beskrivning av orsaker till problem - hos individ - i samspelet - i omgivning - hjälpmedel - uppgift  Ev kompletterande kartläggning genom video, observation, intervju, test	Utformning av konkreta mål  Ev Detaljerade, aktivitets-baserade mål	Metod (vad) - individ - samspel - miljö - hjälpmedel - uppgift Genom-förande (hur) - vem - var - hur - när  Ev Prioriterade åtgärder	Backa tillbaka genom de olika stegen för att hitta rätt nivå att fortsätta på

- Vid inventeringen beskrivs och analyseras aktuella svårigheter och resurser.
- Problembeskrivningar sammanfattar grundläggande problem/svårigheter i konkreta termer utifrån inventering.
- Problemförklaringar beskriver orsaker till problem på olika nivåer
- Målformulering bygger på en prioritering av vad som är viktigast att lösa för tillfället och beskriver mål för åtgärder i konkreta termer
- Åtgärder beskriver vad som ska göras och hur de ska genomföras
- Utvärdering och revidering beskriver om målen uppnåtts och vad man ska fortsätta att arbeta med.

#### 4.1 Kartläggningsfasen

I detta kapitel beskrivs de olika stegen i interventionsprocessen. Först ges en beskrivning av de olika stegen och dess innehåll och därefter ges en fallbeskrivning. Kapitlet är indelat i kartläggningsfasen som innehåller inventering, problembeskrivningar och problemförklaringar. Därefter beskrivs åtgärdsfasen med målformulering, metoder och utvärdering på ett liknande sätt med fallbeskrivningen som illustration.

## **Inventering av resurser och svårigheter**

Inventering är det första steget i interventionsprocessen. Genom att uttala och reflektera över svårigheter och resurser får man ofta nya perspektiv på personens behov av stöd. Dessa första, spontana tankar bearbetas och analyseras för att så småningom utmyнна i konkret problembeskrivning. Vissa problem kan lösas genom enkla åtgärder eller genom att de uttalas konkret. Ibland sker en omdefiniering i denna del av kartläggningen, vilket också kan leda till att det som utgjorde problemet från början ej längre ses som ett problem.

Inventeringen kan liknas vid ”brainstorming”, där idéer dyker upp ganska osorterat. Det är viktigt att lista olika problem som dyker upp och att anteckna dem, gärna på en tavla eller stort block, och sedan strukturera och prioritera bland dessa för att få en grund för problembeskrivningar som sammanfattar grundläggande problem/svårigheter i konkreta termer. Identifiering av resurser och svårigheter genomförs genom att ställa frågor och följdfrågor kring aktuell situation, behov och önskemål om förändring.

Som hjälp vid inventeringen kan man tänka utifrån följande fyra frågor:

- Är det något personen i behov av AKK gör idag som han/hon skulle kunna göra oftare?
- Är det något som personen i behov av AKK inte kan eller gör idag som hon/han relativt snabbt och lätt skulle kunna lära sig?
- Är det något som personen i behov av AKK gör för ofta?
- Är det något som personen i behov av AKK gör idag som hon/han borde sluta med?

### **STEG 1. Inventering av resurser och svårigheter**

- **Baseras på samtal**
- **Ger information om resurser**
- **Användare och närmiljö identifierar problemen**
- **Utmynnar i att olika vardagsproblem beskrivs**
- **Ger underlag för en vidare planering och åtgärder**
- **Visar vilken typ av fortsatt information som behövs**
- **Ger grund för vilka olika ”experter” behöva kallas in för att specifika frågor ska kunna besvaras**
- **Utmynnar i en lista på områden för fortsatt kartläggning och åtgärder**

## **Problembeskrivning**

Ofta räcker informationen från inventeringen för att beskriva konkreta och aktuella problem, men ibland kan det behövas mer information inom olika områden. Det kan innebära användning av strukturerade videoobservationer i olika situationer och med olika samspelspartners, eller intervjuer med brukaren och personer i hans/hennes omgivning. Här handlar det om att samla mer information som beskriver de problem som utgör det största hindren för att brukaren ska kunna samspela med andra människor.

När man formulerar problemen bör det göras utifrån individens situation och de svårigheter/resurser som identifierats. Kommunikation sker alltid i relation till andra därför kan man uttrycka problem utifrån delaktighet och samspel. Problemet bör alltså inte uttryckas i termer som "Pelle kan inte tala", vilket är en förklaring till problem, utan vara relaterat till effekter av svårigheten i det dagliga livet, tex. "Pelle leker sällan med kompisar på rasten", "Eva är ledsen när hon inte kan prata med mormor i telefon", eller "Maria skriker och slänger sig på marken för att få uppmärksamhet".

Under inventering och problembeskrivning kommer det ofta upp synpunkter som är att betrakta mer som förklaringar än problem, tex. av teknisk art som att peklampan är trasig, eller att man vill ha en dator. Ett bra sätt att formulera problemen utifrån aktivitets/delaktighet kan vara att fråga: *vad skulle bli annorlunda* då, om detta åtgärdas? Ju bättre man kan precisera vilken *effekt* svårigheten att tala får i det dagliga livet desto mer preciserade blir mål och åtgärder. Det finns oftast mer än ett problem. Problembeskrivning är förutsättning för att välja rätt mål och rätt åtgärd. Man måste veta vad som bör förändras för att kunna sätta rimliga mål.

## STEG 2. Problembeskrivning

- **Baseras på det som framkom i inventeringen samt vidare kartläggning**
- **Ger en beskrivning i konkreta termer av vad som utgör problem för individen**
- **Uttrycks i termer av samspel och hinder för delaktighet**
- **Användare och närmiljö identifierar problemen tillsammans**
- **Baseras på prioritering av vardagsproblem**
- **Vilken effekt får man i det dagliga livet om problemet blir löst?**
- **Fråga – "Vad skulle bli bättre om problemet löstes?"**
- **Ger underlag för målformulering**

Ett sätt att påbörja problemlösningsprocessen och identifiera problem är att använda COPM (Canadian Occupational Performance Measure, Law et al 1999) som är ett arbetsterapeutiskt instrument för att identifiera aktivitets- och delaktighetsproblem. COPM:

- Identifierar problem i utförandet av aktiviteten
- Ger mått på brukarens prioritering
- Utvärderar utförande och tillfredsställelse i förhållande till aktuellt problemområde
- Mäter förändringar i brukarens uppfattning av hennes/hans aktivitetsutförande.

COPM baseras på intervju och i första hand på frågor kring aktiviteter under en vanlig dag, vad man behöver göra och vilka problem det finns att utföra aktiviteten. Brukaren skattar aktiviteten i en 10-gradig skala både före och efter interventionen:

- Betydelse, hur viktigt det är att utföra aktiviteten. Mäts i skala 1 – 10 (1 innebär inte viktigt alls, 10 extremt viktigt).
- Utförande, hur bra tycker man att man utför det. (1 kan inte utföra den alls, 10 kan utföra den extremt bra).
- Tillfredsställelse, hur nöjd man är med det sätt man utför aktiviteten (1 inte nöjd alls, 10 extremt nöjd).

COPM är testat ur validitets och reliabilitetssynpunkt (Law et al 1999) men inte för personer med kommunikationssvårigheter och inte heller för barn. Det har dock provats inom ramen för det pågående projektet "Kommunikation genom teknik" för en ung kvinna utan tal och fungerade mycket bra. Den 10-gradiga skalan ger möjlighet till en nyanserad bild av behov, utförande och tillfredsställelse som annars är svår att åstadkomma när det gäller personer som saknar tal. COPM har också fungerat bra som redskap för prioritering och planering för familjer med barn som saknar tal genom intervju med föräldrar och personal.

### **Emma -fallbeskrivning**

För att tydliggöra hur man kan gå tillväga när man tillämpar gemensam problemlösning tar vi hjälp av ett exempel. Detta exempel har fått låna drag från verkliga personer och situationer, men har redigerats något för att göra strukturen tydligare.

Emma är 5 år och går på förskolan i en daghemsavdelning. Familjen består förutom Emma av mamma, pappa och en storebror. Emma har en CP-skada som innebär att hon har ett svårt rörelsehinder och saknar förståeligt tal. Hon bedöms ha en god språkförståelse och vara i det närmaste normalbegåvad. Hon är en pigg och glad flicka som tycker om de flesta åldersadekvata lekar och aktiviteter, t.ex. docklek, spela spel, måla och rita, men hon måste alltid ha hjälp att utföra dem. Hemma förstår man henne ganska bra, men på dagis uppstår kommunikationssvårigheter. Rörelsehindret bidrar också till att hon har en passiv roll i gruppen. Emma sitter i rullstol men kan inte köra den själv. Hon har också nedsatt armfunktion, saknar funktionellt grepp och har svårt att peka på små bilder. Hon har en personlig assistent som är med henne hela dagen på dagis. Man har börjat med bliss och klistrat in de 30 symboler Emma lärt sig på en stor blisskarta som successivt ska fyllas på med fler symboler. Emma har svårt att peka på kartan, så den är i dagsläget inget användbart kommunikationshjälpmedel. Familjen vänder sig till habiliteringen för att få hjälp med hur de ska gå vidare för att förbättra Emmas kommunikation.

### **Inventering av Emmas resurser och svårigheter**

Insatserna inleds med att mamma, pappa, mormor, assistenten och daghemspersonalen träffar logoped och arbetsterapeut från habiliteringen för att inventera svårigheter och resurser. Hemma tycker man att man förstår Emma ganska bra. Hon ögonpekar och har många ljud och gester som gör att man förstår henne för det mesta, men ibland uppstår problem när det har hänt något på dagis som man inte känner till. Mamma tycker det som är jobbigast är att Emma inte kan sysselsätta sig själv. På dagis har man svårt att förstå Emma, hon kan aldrig berätta något själv och man tycker att hon är passiv tillsammans med de andra barnen. Hon är alltid beroende av att assistenten tolkar henne. Emma svarar ja genom att nicka och nej genom att titta uppåt. Dessa tecken förstås av familjen och assistenten, men inte av de andra barnen. Mötet varade i tre timmar och resulterade i en mängd förslag, både på problem, orsaker och åtgärder som spaltades upp.

### **Resultat från inventeringen**

Emma är pigg och glad

Hon leker åldersadekvata lekar

Hon gör sig förstådd bra hemma

Hon har börjat använda bliss-symboler

Emma tar sällan initiativ till kommunikation med personal och andra barn.

Hon är helt beroende av assistenten.

De andra barnen förstår inte blissymbolerna.

Kartan är för stor och svår att använda.

Emma pekar inte tydligt på symbolerna, de är för små.

Det saknas symboler,

Emma kan inte leka självständigt.

Hon leker sällan med de andra barnen.

Hon sitter passiv på samlingarna.

Förskolläraren försöker få tid att sitta ensam med Emma o då fungerar samspelet mycket bättre.

Det saknas tid.

Emma kan mycket mer än hon kan visa.

Hon förstår allt man säger.

Emma kan inte berätta sådant man inte redan känner till.

Barnen och vissa i personalen uppmärksammar inte hennes ja och nej.

Vad ska hända när hon börjar skolan?

Borde man inte börja med dator nu?

Emma har för få uttrycksmedel, påverkar det hennes utveckling?

Kan hon få en elrullstol så hon kan ta sig fram själv?

### **Problembeskrivningar för Emma**

Ur allt det som kom fram kunde man urskilja följande grundläggande problem:

- Emma tar inte initiativ till samspel eller lek med andra barn.
- Emma deltar inte aktivt i gruppen på dagis, t.ex. på samlingen.
- Emma har inte tillräckligt tydliga ”ja” och ”nej”
- Emma gör aldrig något självständigt, behöver alltid hjälp
- Emma förflyttar sig inte själv.
- Emma berättar inte själv, varken för personalen eller för dom andra barnen.
- Emma tar inte initiativ till kommunikation med andra än assistenten på dagis.

Man enades om att det största bekymret är Emmas utanförskap på dagis och att problemen med samspel i lek och under samling delvis har liknande orsaker. Man beskrev problemen utifrån vad Emma gör och gjorde följande prioritering:

Tabell 4. Så här beskrevs Emmas problem

KARTLÄGGNINGSFAS		
STEG 1	STEG 2	STEG 3
Inventering	Problembeskrivningar	Problemförklaringar
<p>En rad osorterade resurser och problem beskrivs</p> <p>Se ovan: resultat från inventering</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emma tar ej initiativ till samspel</li> <li>2. Emma leker inte med andra barn</li> <li>3. Emma har ej tillräckligt tydliga "ja" och "nej"</li> <li>4. Emma gör aldrig något självständigt</li> </ol>	

För att göra exemplet tydligare väljer vi nu att koncentrera oss på problemet med att Emma ej tar initiativ till samspel. Vi tar samlingen som exempel, även om man i praktiken ofta arbetar med samma problem i olika situationer parallellt. Problemet med att Emma ej tar initiativ till samspel förekommer både i samlingen och vid lek med andra barn, alltså både i strukturerad aktivitet med vuxna och barn och i ostrukturerade situationer med andra barn. I närmiljön fann man många förklaringar till detta men ville gärna ha en fördjupad kartläggning av svårigheterna. Habiliteringspersonalens roll i detta är att bidra med sin expertis genom att använda olika former av strukturerade observationer. Problemförklaringar diskuteras i nästa avsnitt.

### Problemförklaringar

Problemförklaring ger orsaken till svårigheter. Eftersom kommunikation alltid innebär samspel med andra kan orsaken till problemen finnas både hos brukare, omgivning, hjälpmedel och i den aktuella situationen. De kan vara av karaktären "varför" och ge bakgrundsinformation, eller peka framåt och visa vad man kan arbeta med. "Därför bör man göra så här...". De förklaringar som pekar bakåt visar på orsaker som har att göra med diagnos/förmåga/funktioner. Det behövs ofta expertinformation för att komma fram till dessa förklaringar. De förklaringar som pekar framåt ger ofta en ledtråd till metoder som kan genomföras i vardagen. Information från brukaren och närmiljön behövs här liksom expertinformation, både specifika förklaringar som rör individen, miljöförklaringar (social och fysisk miljö, attityder), uppgift och hjälpmedel. Metoder kan baseras på alla typerna av förklaringar. ICF utgör en god struktur för att beskriva och analysera förklaringar. De kan finnas inom kroppsliga funktioner och strukturer, aktivitet, delaktighet eller i omgivningen. När det gäller kroppsliga funktioner och strukturer och delvis även aktivitet kan dessa ofta hänföras till bakgrundsinformation. Aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer visar ofta på förklaringar som kan omsättas till en metod. Det finns alltid mer än en förklaring till ett problem och det är viktigt att lista många förklaringar.

### STEG 3 Problemförklaringar

Anger orsaker till problem som handlar både om individen, den sociala och fysiska miljön, aktuell situation och hjälpmedel

Det finns alltid många olika förklaringar till ett och samma problem

Förklaringar kan finnas inom de olika komponenterna i ICF

Olika personer har kunskap om olika förklaringar

Förklaringar leder till metoder – varje förklaring pekar på en metod

För att få reda på orsaken till problem kan det behövas en mer detaljerad kartläggning. Framför allt inom de områden som identifierats som problem och där man inte finner en direkt förklaring. Den fördjupade kartläggningen sker efter att man har ringat in viktiga problem och samlat information kring tänkbara förklaringar i samverkan med brukare, närmiljö och personal. Ofta framkommer då att det råder osäkerhet kring förutsättningarna hos individen, omgivningen, hjälpmedlets funktion eller kraven som ställs i den aktuella situationen och att detta måste kartläggas ytterligare innan man kan definiera åtgärder. Strukturera videoobservationer i den aktuella situationen är en bra metod för att genomföra en detaljerad kartläggning av samspel. Det kan leda till att flera problem undanröjs samtidigt som man studerar videon tillsammans med samtalspartner (Fälth & Björck-Åkesson, 1997). Det finns också ett antal bedömningsmetoder/formulär att välja mellan (Heister-Trygg, 1998). I den fördjupade kartläggningen går man vidare utifrån de problem som tidigare identifierats och försöker att hitta förklaringar på olika nivåer. Kartläggning är en process som kan ta lång tid. Det är många faktorer som kan inverka på kommunikations- och samspelefunktioner och bli föremål för fördjupad kartläggning. Parallellt med den fördjupade kartläggningen går man vidare med planeringen för de problem som redan utpekats tydligt och där åtgärder snabbt och enkelt kan sättas in.

#### **Problemförklaringar för Emma**

Vid det första mötet kom det fram många förklaringar till varför de olika problemen uppstod, men man ville även göra fördjupad kartläggning av samspelet. Därför videofilmades samlingen. Filmen analyserades av logoped och arbetsterapeut som därefter tillsammans med mamman, förskolläraren och assistenten tittade på filmen. Utöver de förklaringar till problem som nämnts vid det tidigare mötet fann man då ytterligare förklaringar: Emma ett tog faktiskt initiativ men signalerna var svaga och få. Varken förskolläraren eller de andra barnen märkte Emmas initiativ. På samlingen satt Emma en bit ifrån de andra vilket innebar att hon inte såg bilder och böcker som förskolläraren visade. Hon satt också med huvudet framåtböjt så hon varken såg förskolläraren eller barnen. I det läget var det också svårt att se hennes ja och nej. Den dåliga huvudkontroll berodde framför allt på dålig

sittställning. Tempot under samlingen var högt, så Emma hann aldrig med. Förskolläraren ställde också frågor som krävde långa svar, vilket Emma inte klarar.

Eftersom man också var osäker på hur Emma kunde peka, gjordes en kartläggning av hennes armmotorik och pekförmåga. Denna visade att hon hade begränsat rörelseomfång (ca 40 x 30 cm) och kunde peka på 4 cm stora bilder. Hon klarade också att trycka på 4 manöverkontakter. Sammanfattar man förklaringarna som kom fram dels under mötet och dels under den fördjupade kartläggningen fann man många orsaker till problemen.

Tabell 5. Så här beskrevs och förklarades ett av Emmas problem

<b>KARTLÄGGNINGSFAS</b>		
<b>STEG 1</b>	<b>STEG 2</b>	<b>STEG 3</b>
<b>Inventering</b>	<b>Problembeskrivningar</b>	<b>Problemförklaringar</b>
<p>En rad osorterade resurser och problem beskrivs Se ovan; resultat från inventering</p>	<p><b>1. Emma tar ej initiativ till samspel som uppmärksammas av andra</b></p>	<p><b>Individ</b> Emma har svaga signaler för att ta initiativ Nedsatt pek- och rörelseförmåga Dålig sittställning Sitter med huvudet framåtböjt Förlorar ögonkontakt med andra Tar lång tid. Ger upp lätt</p> <p><b>Omgivning</b> Placerad en bit ifrån gruppen och förskolläraren Stor grupp. Otåliga kamrater som inte väntar Kamrater uppmärksammar ej initiativ och förstår ej bliss-symboler Läraren saknar tid för förberedelser Inga bra situationer där Emman kan ta initiativ till samspel</p> <p><b>Sampel</b> Omgivningen ser inte E:s initiativ och inte hennes ja/nej Förskolläraren vänder sig inte direkt till E Förskolläraren ger inte E tid att svara Förskolläraren ställer frågor som kräver långa svar Läraren skapar ej bra situationer där Emma kan ta initiativ</p> <p><b>Hjälpmedel</b> Inget fungerande hjälpmedel i samlingen Nuvarande hjälpmedel saknar lämpliga symboler och har för små symboler i förhållande till Emmas pekförmåga</p>

## 4.2 Åtgärdsfasen

### Målformulering

Efter att ha listat olika problem och förklaringar behöver man prioritera vad som är viktigast just nu. Alla problem kan inte lösas samtidigt. Det kan vara lagom att börja med några av problemen. Ofta finns redan en upplevelse av behov, önskemål och problem hos alla inblandade. Det är emellertid inte säkert att denna upplevelse är densamma hos varje inblandad. Det är inte fel att ha olika åsikter. Tvärtom ger det anledning till en bra diskussion där man ofta klargör olika synsätt, men för att gå vidare är det viktigt att man är överens. Konsensus - enighet - är viktigt vid målformulering och utformning av metod. Är man inte ense om vilka problem som är viktiga att lösa och om målen blir effekter av åtgärder svåra att utvärdera.

### STEG 4 Målformulering

#### **Prioriterade områden - Har en direkt koppling till problembeskrivning**

##### Mål

- Ger en konkret beskrivning
- Beskriver vad brukaren gör när målet är nått
- Kan beskriva när, var och hur ofta brukaren gör det
- Är möjligt att nå på kort tid
- Kan beskrivas som aktivitetsmål eller delaktighetsmål

##### Risker vid målformulering

- Mål och metod blandas ihop
- Mål formuleras utifrån omgivningens behov
- Nyinlärning betonas
- Målet är orealistiskt
- Målet är ej tillräckligt konkret

Nästa steg i processen är att formulera mål utifrån de prioriterade problemen. Till målformulering hör att bestämma "färdriktning" inom de prioriterade områden som framkommit. Detta innebär att formulera konkreta mål knutna till vardagliga situationer. Mål skall beskrivas utifrån brukarens behov. De skall var tydliga och mätbara och vara så formulerade att de går att uppnå inom en begränsad tidsperiod på några månader.

Om problemet är väl formulerat är det oftast enkelt att formulera målet. I vissa fall kan det vara svårt att uppnå ett delaktighetsmål inom rimlig tid, framför allt om det finns många orsaker till problemet. Man kan då behöva formulera mål på kortare sikt som beskrivs som aktivitetsmål och som formuleras utifrån de orsaker man identifierat i problembeskrivningen. Om delaktighetsproblemet tex. är att brukaren inte samspekar med klasskamraterna i skolan

kan detta ha många olika orsaker, varav en av dem kan vara oförmåga att peka på kommunikationskartan. Då kan det kortsiktiga målet bli ”pekar med peklampa i en leksituation”

Mål kan vara inriktade på olika nivåer (Beukelman & Mirenda 1998):

**Dagens situation** - här är det oftast fråga om att ta tillvara det som redan finns, dvs existerande förmågor, men att göra det oftare, bättre.

**Morgondagens situation** - här är det oftast fråga om nyinläring, t e x lära in ett nytt symbolsystem eller ett nytt hjälpmedel.

En kombination av mål för både dagen och morgondagen är att föredra, men detta beror självklart på användarens och omgivningens förutsättningar.

I praktiken är det emellertid ofta mycket svårt att formulera mål. En studie av Granlund och Sundin (1999) visar t.ex. att få mål som formuleras för elever i särskolan är funktionella, alltså var relaterade till att barnet fungerade bättre i skolans vardag och lärde sig att använda samma strategier i olika situationer.

Det är vanligt att mål och metod blandas ihop. Inte sällan beskriver pedagogen eller terapeuten vad hon/han ska uppnå som ett mål istället för att beskriva vad brukaren gör när målet är nått. I många fall betonas nyinläring vid målformuleringen istället för att bygga på det som brukaren redan kan. Detta kan leda till att målet är orealistiskt och att förväntningarna ställs för högt. Att använda en måluppfyllelseskala (se nedan) där förväntningarna av vad som ska uppnås kan vara en bra metod att arbeta med konkreta och realistiska mål.

### **Målformulering för Emma**

Eftersom problemen var många och omfattande gjordes en prioritering redan efter problembeskrivningen. I samband med att man gjorde observation med video och analyserade denna tillsammans fortsatte man planeringen, formulerade mål och prioriterade åtgärder. Målet sätts alltid i relation till problemet. I Emmas fall blev det: ”Emma tar initiativ till samspel som uppmärksammas av andra”. Både problem och mål beskrevs på delaktighetsnivå eftersom det var bättre samspel som eftersträvades. Man trodde dock inte att man kunde nå detta mål inom rimlig tid, därför satte man också konkreta mål som kunde uppnås inom några månader. COPM användes vid prioritering och målformulering. Mamma, förskolläraren och assistenten fick var för sig vikta betydelse, tillfredsställelse och utförande: När resultaten jämfördes visade de sig vara samstämmiga: för samlingen betydelse 10, tillfredsställelse 0, utförande 1.

Tabell 6. Målformulering för Emma

KARTLÄGGNINGSFAS		ÅTGÄRDSFAS
STEG 2	STEG 3	STEG 4
Problembeskrivningar	Problemförklaringar	Målformulering
	Se ovan, tabell 5	
<b>1. Emma tar ej initiativ till samspel som uppmärksammas av andra</b>	Individ Omgivning Sampel Hjälpmedel	Emma tar initiativ till samspel som uppmärksammas av andra  Konkret, aktivitetsbaserat mål: <b>Emma inleder samspel med andra barn under samlingen och får svar från barnen</b>

### Metod och genomförande

Åtgärder handlar om hur man skall uppnå de mål som formulerades. För att finna idéer till bra åtgärder kan man använda problemförklaringarna, speciellt de förklaringar som pekar framåt mot vad som kan göras för att lösa problem. Om en person sällan tar initiativ till samspel kan en förklaring vara att personer i hans/hennes omgivning ej ger den personen tillräckligt med tid och utrymme i samspelet. Åtgärden blir då att de som samspelar med brukaren ger tid och utrymme för samspelet. Om förklaringen är att personen har svårt att använda sitt hjälpmedel blir åtgärden att se till att det blir lättare att använda hjälpmedlet.

Man kan välja metod på olika nivåer:

- \*Individ
- \*Samspel
- \*Miljö
- \*Kompensation med hjälpmedel
- \*Anpassning av uppgift/aktivitet

**Individ** - här är det oftast fråga om träning att förbättra existerande förmåga, t ex att träna upp pekförmågan, eller att använda AKK i nya situationer.

**Samspel** – här handlar det om förändringar i själva dynamiken i samspelet, t.ex. om tempo och att anpassa språket. Videoobservationen utgör en god grund för att analysera faktorer som påverkar samspel.

**Miljö** - här kan det vara fysisk miljö, t ex ta bort trösklar och bygga ramper, eller social miljö, t ex att samspelspartner ställer öppna frågor i stället för ja- nejfrågor, eller gör längre pauser så att användaren får tid att svara. Det kan också vara att personer i omgivningen blir mer observanta och systematiserar den kommunikation som redan finns i form av naturliga gester och ljud. Gemensamma videoobservationer är en bra grund för åtgärder i miljön. Anpassningar i miljön påverkar också ofta dagens situation.

**Kompensation med AKK** - här kan det vara allt från gester till både låg - och högteknologiska hjälpmedel - en kombination är ofta att föredra. Detta innebär ofta en nyinläring och påverkar ibland samspelet på längre sikt.

### **Anpassningar av uppgift/aktivitet**

När man i början identifierar problemen så knyts detta ofta till speciella situationer. En följd av detta blir att åtgärden också blir knuten till vissa aktiviteter, tex. att utforma kommunikationskartor med anknytning just till dessa situationer. Om problemet finns vid samlingen på dagis kan man välja symboler som passar till de olika aktiviteterna på samlingen, och finns problemet i skolan väljer man symboler som passar till specifika ämnen. Nästa steg sedan blir att generalisera det som lärts in till andra situationer.

### **En bra metod**

- **Baseras på problemförklaringar**
- **Kräver kort eller ingen förberedelsestid**
- **Tar kort tid att genomföra**
- **Kan genomföras i individens vardagsmiljö**
- **Är lätt att förstå och förklara utifrån målet**
- **Kan genomföras i många situationer**
- **Kan utföras av olika personer**
- **Ska kunna utföras spontant på sikt**
- **Ska kunna generaliseras till olika situationer**
- **Är lämplig att genomföra tillsammans med dem som brukaren har daglig kontakt med**
- **Kräver klarhet i ansvarsfördelning**
- **De som genomför metoden måste tro på den**

Om åtgärder innebär nyinläring bör detta ske i vardagliga situationer som ger omedelbar respons och upplevs som roliga och motiverande. Nya symboler kan läras in genom lek eller andra motiverande aktiviteter, teater eller rollekar. Inläring ske genom lust och inte av tvång.

Genomförande innebär att detaljerat utforma metoder och utse vem som är ansvarig för att genomföra dem och för att utvärdera resultatet. Ett individuellt åtgärdsprogram bör vara mycket detaljerat och förankrat hos alla som det berör. Följande moment bör framgå:

**Vem** ansvarar för en viss metod

**När** skall den göras

**Hur** skall den göras

**Var** skall den göras

Ibland förekommer det att man identifierat så många problem och funnit så många metoder att de inte går att genomföra allt på en gång. Sammanfattningen och planeringen kan bli så

omfångsrik att den kan fungera som en plan för lång tid framöver. Då kan man behöva prioritera även bland åtgärderna och genomföra de som är rimliga att arbeta med inom de närmaste månaderna för att sedan allt eftersom arbeta med de övriga åtgärderna.

### Metoder kring Emma

Både under det inledande mötet och den följande kartläggningen kom det upp många förslag till åtgärder. Det bedömdes inte vara rimligt att hinna arbeta med alla dessa åtgärder på en gång, så därför gjorde man en prioritering även av åtgärder. Bättre sittställning bedömdes vara förutsättning för bättre huvudkontroll och därmed bättre ögonkontakt, tydligare ja/nej och bättre pekförmåga. Samspelet under samlingen underlättades genom att placera Emma i mitten bredvid förskolläraren och att förskolläraren och assistent anpassade samlingen för Emma i förväg genom att skapa situationer där Emma skulle kunna ta initiativ till samspel. Ett talande hjälpmedel med 4 kontakter introducerades. Fyra uttryck spelades in för samlingen, men man använde också hjälpmedlet med andra meddelanden i andra aktiviteter. Eftersom de andra barnen inte var införstådda med blissymbolerna började man också använda PCS-symboler (mer bildlika). Tillsammans med förskolläraren gjorde logopeden aktivitetsbaserade kommunikationskartor utifrån den pekförmåga som konstaterats.

Tabell 7. Metoder avseende Emma

KARTLÄGGNINGSFAS		INTERVENTIONSFAS		
STEG 2	STEG 3	STEG 4	STEG 5	
Problem-beskrivning	Problem-förklaringar	Mål-formulering	Föreslagna åtgärder	Prioriterade åtgärder
1. Emma tar ej initiativ till samspel som uppmärksammas av andra	<p><b>Individ</b> Emma har svaga signaler för att ta initiativ Nedsatt pek- och rörelseförmåga Dålig sittställning Sitter med huvudet framåtböjt Förlorar ögonkontakt med andra Tar lång tid. Ger upp lätt</p> <p><b>Omgivning</b> Placerad en bit ifrån gruppen och förskolläraren Stor grupp. Otåliga kamrater som inte väntar Kamrater uppmärksammar ej initiativ och förstår ej bliss-symboler Läraren saknar tid för förberedelser</p>	<p>Emma tar initiativ till samspel som uppmärksammas av andra.</p> <p>Konkret mål: <b>Emma inleder samspel med andra barn under samlingen och får svar från barnen</b></p>	<p><b>Omgivning</b> Barnen placeras i ring runt förskolläraren E bredvid läraren så att alla barnen ser henne o hon dem</p> <p>Nya symboler/bilder introduceras i hela gruppen, inte bara E enskilt</p>	<p><b>Omgivning</b> Placering vid samling ordnas (förskollärare. ass)</p>

	<p>Inga bra situationer där Emma kan ta initiativ till samspel</p> <p><b>Sampel</b> Omgivningen ser inte E:s initiativ och inte hennes ja/nej Läraren skapar ej bra situationer där Emma kan ta initiativ</p> <p>Förskolläraren vänder sig inte direkt till E</p> <p>Förskolläraren ger inte E tid att svara Förskolläraren ställer frågor som kräver långa svar</p> <p><b>Hjälpmedel</b> Inget fungerande hjälpmedel i samlingen Nuvarande hjälpmedel saknar lämpliga symboler och har för små symboler i förhållande till Emmas pekförmåga Symbolkarta saknar lämpliga symboler</p> <p><b>Uppgift</b> Inte anpassade för E</p>		<p><b>Samspel</b> Lekar används där turtagning är central. E ges roller där hon ska påbörja leken. När det är Es tur väntar alla på henne.</p> <p>Vissa frågor ställs direkt till E</p> <p>Samlingen anpassas så att det blir naturligt för alla att vänta in E.</p> <p>Situationen kring samlingen anpassas så att E kan ta initiativ till samspel</p> <p><b>Hjälpmedel</b> Ny rullstol med bättre sittställning</p> <p>Talande hjälpmedel</p> <p>Aktivitetsbaserade symbolkarter</p> <p>Större symboler PCS-symboler o digitala bilder som kompl till bliss</p> <p><b>Uppgift</b> Planerar samlingen i god tid och skapar situationer som lockar till samspel</p> <p>Aktivitetsbaserade symbolkarter</p> <p>Talande hjälpmedel anpassas med meddelanden för samling.</p>	<p><b>Samspel</b> Lekar som uppmuntrar till turtagning (förskollärare, ass).</p> <p>Anpassning av situationen kring samlingen så att E kan ta initiativ till samspel (förskoll.)</p> <p><b>Hjälpmedel</b> Ny rullstol med bättre sittställning (arbt, sjukg) Talande hjälpmedel med 4 kontakter (log, arbt)</p> <p><b>Uppgift</b> Aktiviteter under samlingen anpassas för att underlätta för E att samspela (fsk, ass)</p> <p>Talande hjälpmedel anpassas till uppgiften (ass)</p>
--	--	--	--	---

Av sammanställningen i tabell 7 framgår tydligt att förklaringar till problem går att omsätta i metoder. Genom att koppla metod till varje förklaring får man en lista på möjliga metoder som kan diskuteras. Därefter kan de metoder som passar bäst att genomföra med tanke på integrering i personens vardag väljas ut. Vissa av dessa kan innebära engångssatsningar, t ex anpassning av stol, medan andra kräver kontinuitet i genomförande, t ex att anpassa rutiner i samling till Emma och skapa goda situationer som lockar henne att vara aktiv tillsammans med andra barn i samspelet.

### **4.3 Uppföljning och utvärdering**

De planerade åtgärderna genomförs under en bestämd tidsperiod varefter de utvärderas. Utvärderingen leder till en revidering av åtgärdsplanen. Revideringen kan innebära att det konstateras att målet är nått och problemet är löst, eller att man har kommit en bit på väg men ej nått ända fram till målet och att man fortsätter att arbeta mot samma mål ännu en tid.

När man arbetar med gemensam problemlösning påverkar det även val av utvärderingsmetoder. De bör spegla användarens, anhörigas och personalens tillfredsställelse med resultaten. Exempel på sådana utvärderingsmetoder är måluppfyllelseskalor, som studerar effekten av de åtgärder man gjort i relation de mål man satt. Måluppfyllelseskalor har visat sig fungera bra för personer med svåra kommunikationshandikapp (Ferm 1998) eftersom man kan identifiera små förändringar, som annars tenderar att drunkna i den totala massan av problem och misslyckanden.

Måluppfyllelseskalor (Goal Attainment Scaling) används dels som ett kliniskt verktyg för att sätta mål och konkreta delmål, dels som utvärderingsinstrument för att mäta den önskade effekten av insatser (Kiresuk & Sherman 1994). Att arbeta med måluppfyllelseskalor är tidskrävande i inledningsskedet och ställer stora krav på den som leder diskussionen (Ferm 1997). För att börja använda måluppfyllelseskalor krävs träning och handledning. I gengäld blir mål och åtgärder bättre förankrade och mer detaljerade, vilket gör det lättare att utföra åtgärderna och utvärdera resultatet. Måluppfyllelseskalor utgår från de konkreta målen och skall uttryckas i form av mätbara delmål i en fem- eller tregradig skala.

3-gradig skala:

Bättre än förväntat resultat

Förväntat resultat

Sämre än förväntat resultat

Konkret exempel:

Bättre än förväntat resultat: Emma initierar samspel med andra barn minst två gånger per samling och får svar.

Förväntat resultat: Emma initierar samspel med andra barn en gång per samling och får svar

Sämre än förväntat resultat: Emma initierar inte samspel med andra barn under samlingen som leder till svar.

Ett annat exempel på utvärderingsinstrument är COPM (Law et al 1999) – se ovan - som studerar individens upplevelse av aktivitetsförmåga i specifika aktiviteter. COPM är inte validitets- och reliabilitetstestat för personer med kommunikationssvårigheter men kan ändå ge en uppfattning om behov, utförande o tillfredsställelse före respektive efter en insats.

QUEST är ett annat användarstyrt instrument för att studera tillfredsställelse med hjälpmedel. Brukaren intervjuas och får svara på 12 frågor med en fem-gradig skala från 1 (inte nöjd alls) till 5 (mycket nöjd). Frågorna i QUEST är mest koncentrerade till hjälpmedlets utseende och funktion samt den service man fått.

Åtgärder kring kommunikation är ”a never ending story”. Individerna utvecklas, behoven ökar, samhället förändras och hjälpmedlen förbättras. När väl en åtgärd utvärderats är det dags att göra en ny problembeskrivning och sätta nya mål. Morgondagens system blir snart dagens system och det är dags för nya utmaningar. Interventionsprocessen är som en spiral som måste fortgå så länge det finns möjlighet till utveckling. Man måste också vara medveten om att varje ny miljö innebär nya svårigheter som kan leda till nya åtgärder.

### Utvärdering av åtgärder för Emma

Uppföljning gjordes efter fyra månader. En del åtgärder hade genomförts med en gång så som att ändra placering och anpassa samlingen efter Emmas förutsättningar. Hon var nu mer engagerad och kunde delta genom att peka på de bilder man förberett, bl.a. fotostatkopior ur de böcker förskolläraren läste. Det talande hjälpmedlet hade gjort succé, Emma använde det flitigt både under samling och andra aktiviteter. Hon använde det inte helt konsekvent, men drog uppmärksamheten till sig. De andra barnen svarade gärna när Emma använde det talade hjälpmedlet och det underlättade turtagning i lekar och samtal. Utprovning av ny sittställning hade knappt påbörjats. Det visade sig vara svårt att samordna tider mellan arbetsterapeut, sjukgymnast, hjälpmedelskonsulent och tekniker. Emma hade därför fortfarande svårt att hålla upp huvudet, men eftersom hon var mer motiverad ansträngde hon sig mer. COPM vid uppföljningen av samlingen visade på betydelse 10, tillfredsställelse 5, utförande 3. För att nå ett ännu bättre resultat krävdes bättre sittställning och ny stol, men detta kunde inte genomföras förrän flera månader efteråt.

KARTLÄGGNINGSFAS		ÅTGÄRDSFAS		
STEG 2	STEG 3	STEG 4	STEG 4	STEG 5
Problem-beskrivning	Problem-förklaringar	Mål-formulering	Metod	Prioriterade åtgärder
Emma tar ej initiativ till samspel som uppmärksammas av andra.	Se problem-förklaringar	Emma inleder samspel med andra barn under samlingen och får svar från barnen.	Se åtgärder	Se åtgärder

**STEG 6 Utvärdering COPM:**

Utgångspunkt: Betydelse 10, tillfredsställelse 0, utförande 1

Uppföljning: Betydelse 10, tillfredsställelse 5, utförande 3

## 5 Praktiskt genomförande för att identifiera problem och resurser

### 5.1 Det inledande mötet

Att arbeta med gemensam problemlösningmodell innebär att man lägger ner mer tid på möten initialt, men i gengäld blir åtgärder mer effektiva och mer förankrade i det dagliga livet.

Gemensam problemlösning bygger på samtal och börjar ofta med ett möte där brukare, familj, personal och konsulter träffas och diskuterar. Om brukaren själv kan delta i diskussionen skall han/hon självklart göra detta, men ibland är det en risk att man talar över huvudet när det t ex gäller mindre barn. Då är det bättre att brukaren inte är med utan representeras av familjen. Familjen är självklara deltagare samt representanter för personalen i personens vardagsmiljö. Brukaren/familjen väljer själva vilka som skall vara med. Gruppens storlek bör hållas till 6-7 personer för att brukare/familj skall komma till tals. Konsultens roll är att leda och strukturera diskussionen och vägleda med sin ”expertkunskap” inte att ensam komma med lösningar.

Det kan vara bra att mötas på hemorten; i hemmet, i skolan, dagcenter, habilitering, sjukhem eller någon annanstans där personen som är i behov av AKK och familjen känner sig trygg. Probleminventering och planering går hand i hand och görs samtidigt vid den första mötet. Ibland ställs man dock inför många oklara frågor. Då kan en kompletterande kartläggning behövas, t ex av språkförståelse, kommunikations- och samspelsförmåga, utvecklingsnivå eller motorisk förmåga. Video, observationer, intervju och test kan användas för detta ändamål. Det innebär att man kanske får vänta med målformulering och förslag till åtgärder till nästa träff, men ibland hinner man med allt på detta första möte. Diskussionerna böljar ofta fram och tillbaka mellan de olika stegen, oftast mellan problem, orsak och åtgärd. Från början kan man ha klart för sig vad man vill ha gjort, men inte klart uttalat varför. Svaren finns förstås, men det behövs ibland hjälp att göra dem tydliga. Konsultens roll är att fråga och sortera alla uppslag enligt de olika stegen. Har man klart för sig de olika stegen kan man förflytta sig fram och tillbaka mellan de olika stegen och vara följsam under diskussionen.

### Hur ett bra möte kan se ut

**Stämningen är avslappnad****Alla presenterar sig****Det finns klara tidsramar****Det är klart vem som för anteckningar och leder mötet**

**Den person som leder mötet och sammanfattar varför mötet hålls – vems initiativ är, syftet med mötet och vilka frågeställningar man vill ha svar på:**

- När var och hur finns problem och behov av stöd?
- Varför uppkommer dom?
- Vilka är viktigast att lösa?
- Vad vill man, vilka mål?
- Vad skall vi göra åt det? Åtgärder?
- Hur ska vi utvärdera?

**Öppna frågor används ofta**

**Följdfrågor utifrån vad som sägs ställs ofta**

**De som medverkar beskriver**

**Ingen sitter tyst**

**Sammanfattning sker kontinuerligt och sorteras i ordning på tavla/papper**

**Alla är överens om beslut**

**Alla har tillgång till dokumentation**

**Ett beslut om uppföljande möte tas**

För ett inledande möte behövs det ordentligt med tid, gärna en halv till en hel dag, eller några halvdagars möte inom en viss tid. Det ger tid att bearbeta och reflektera över vad som sagts. En anslagstavla eller stort papper är bra för att sammanfatta och åskådliggöra diskussionen så att alla ser och är överens. Flera problem och orsaker fylls på, därefter prioriterar man tillsammans de två till tre viktigaste och formulerar mål och åtgärder för dem. Att skriva på tavla gör det möjligt för alla att följa med. Skriver man i sitt eget lilla block och skickar sammanfattning bidrar ej detta till att personen med AKK, anhöriga och omgivning medverkar på samma sätt som när alla ser vad som nedtecknas.

Så här kan en mall för sammanfattning se ut:

<b>Identifiering</b>	<b>Problem</b>	<b>Förklaring</b>	<b>Mål</b>	<b>Metod</b>	<b>Utvärdering</b>
	1	Individ		Individ	
	2	Samspel		Samspel	
	3	Miljö		Miljö	
		Hjälpmedel		Hjälpmedel	
		Uppgift		Uppgift	

Efter mötet (eller under) skrivs sammanfattningen ut och sorteras så man får en överensstämmelse mellan problem, förklaring, mål, åtgärd. Varje åtgärd bör kunna hänföras till förklaring o varje mål till ett problem och dessutom hänga ihop sinsemellan. Sammanhangen blir tydligare om man grupperar orsak och åtgärd till individfaktorer, samspel, miljö, hjälpmedel och uppgift. Ofta upptäcker man att det finns förslag till åtgärder

som inte kan kopplas till något problem. Detta tyder på att man inte fört upp alla problem till ytan utan måste gå tillbaka och klargöra ytterligare problem/behov.

Därefter får alla ta del av sammanfattningen förutsatt att brukare/familj givit tillstånd till detta. Önskvärt är en uppföljning med ytterligare ett möte där man går igen varje punkt, ändrar efter behov samt klargör vem, var, hur och när åtgärder skall genomföras. Det skall finnas ett namn på ansvarig för varje förslag till åtgärd.

Ibland behövs ändringar och en ny sammanfattning för att få fram ett dokument som man kommer att arbeta efter samt nå den enighet som man eftersträvar.

## 5.2 Hur ställer man frågor

Hur skall man då fråga? Som man frågar får man svar. Ställer man frågor kring bliss för man svar kring bliss, ställer man frågor kring datorn får man svar kring det.

Det finns inte DEN FRÅGAN som ger lösningen, det är samtalet och förmågan att lyssna och ställa följdfrågor som är viktigast. Att börja med en **öppen fråga** ger större utrymme för att belysa olika områden (Lanz 1993, Tomm 2000). Öppen intervju förutsätter en väl utvecklad struktur för att man skall kunna välja meningsfulla frågeområden. Problemlösningsprocessen kan betraktas som en sådan struktur.

Man bör alltså undvika allt för detaljerade frågor först, utan ge alla möjlighet att utan påverkan få berätta sin egen uppfattning. Gå "laget runt" och ge alla tillfälle till att få ordet. Sedan gäller det att lyssna, instämma, förtydliga och ställa följdfrågor. En svävande början kan räcka för att sätta igång några timmars diskussion.

<b>Öppen fråga</b>			
<b>Vad har ni tänkt er? Är det något ni vill förändra? Finns det några problem/behov som ni tänkt på?</b>			
<b>Följdfrågor</b>			
<b>Problemorienterade</b>	<b>Reflexiva</b>	<b>Problemförklarande</b>	<b>Miljö inriktade</b>
<b>När ? Var? Hur? Vem?</b>	<b>Hur menar du? Vad skulle bli annorlunda? Låt oss anta... Hur gör du då Vad gör han då?</b>	<b>Varför?</b>	<b>Hur fungerar det hemma, på skola/ arbete, fritid? Fysisk, social miljö, attityder?</b>

Om diskussionen inte startar, eller om den avstannar kan man börja ställa mer exakta frågor, exempel:

- Tar NN initiativ till kommunikation? Hur gör han då? Hur gör du då?

- När gör han sig förstådd? Hur gör han då?
- När gör NN sig inte förstådd? Vad gör han då? Vad gör du då?
- Vad tycker NN om att göra. Skulle han kunna göra detta oftare, bättre?
- Är det något han har svårt att göra eller inte kan göra?

Fungerar inte heller dessa frågor kan man utgå från vad man gör under dagen, exempel:

- Vad gör ni under dagen
- Om vi börjar med måndag morgon, vad händer då
- Är det några problem?
- Och vad händer sen? Osv. Gå ev. igenom hela veckans aktiviteter .

Det är inte alltid brukaren själv upplever sig ha **problem**, därför kanske man inte bör börja fråga efter detta. Här kan andra typer av frågor passa:

- Vad vill du kunna göra?
- Vad vill du kunna prata om?
- Vem vill du kunna prata med?
- Är det nåt du vill kunna göra bättre?

När man frågar efter önskemål eller problem får man ofta konkreta svar som egentligen är förslag till åtgärd. Exempel:

Ja vi vill ju ha den där datorn... (åtgärd)

Hon skulle behöva större symboler..(åtgärd)

Peklampan är problemet, den är alltid trasig (orsak)

Kontakten är för trög.. (orsak)

Avfärda inte detta med att det är åtgärder eller orsaker och inte exempel på problem utan ställ följdfrågor: Vad hade blivit annorlunda om det fungerat?

När det gäller exemplet med peklampan kan följande följdfrågor ställas:

**Vad hade hon kunnat göra om peklampan var bättre?**

Jo då hade hon kunnat använda blisskartan.

**När skulle ni behöva den?**

Då hade vi förstått va hon menar.

**Hurdå?**

När hon har något att berätta.

**Så menar du att det är ett problem att hon inte kan berätta?**

Ja det är det nog.

**När händer det?**

När det är nåt jag inte känner till.

**Kan vi beskriva det som att det är ett problem att hon inte kan berätta sånt du inte redan känner till?**

Ja det stämmer nog

**När händer detta?**

När det har hänt nåt i skolan till exempel.

**Kan peklampan vara en av orsakerna till att hon inte berättar detta?**

Javisst

**Finns det några fler orsaker kan det finnas?**

### **5.3 Att tänka på**

Vid det inledande mötet och inventeringen kommer det ofta fram så många olika problem, åsikter och förslag till åtgärder att det är omöjligt att utföra allt på en gång. Ofta resulterar det i en åtgärdsplan som täcker ett år eller mer. Då är det viktigt att hela tiden prioritera och komma överens om vad som är viktigast att göra först så att man får en plan som kan realiseras inom rimlig tid. Om problemen är många bör man koncentrera sig på de viktigaste. Även när man sätter mål kan ytterligare en prioritering behöva göras. Målet kan också behöva formuleras mer detaljerat, kanske på aktivitetsnivå, för att de skall vara rimligt att uppnå och gå att följa upp. När man kommer till åtgärderna är ju dessa baserade på problemförklaringarna och de kan vara så många att de inte går genomföra allt, utan även här måste man prioritera. Det kan man t.ex. göra utifrån vad man tror har störst effekt på kort sikt. Man kan också bestämma sig för att spara vissa åtgärder till ett senare tillfälle. Det är viktigt att det alltid finns någon som är ansvarig för de åtgärder som bestäms och att man kommer fram till en konkret metod som beskriver hur de ska genomföras.

Den som håller i mötet bör se till att det avsätts tid på slutet till att bestämma om konkreta åtgärder, även om man inte hunnit så långt som man tänkt sig vid det aktuella tillfället. Åtgärderna kan då bestå av att man ska träffas igen vid ett visst datum och att deltagarna ska ha tagit reda på vissa saker till det tillfället. Det kan innebära att läraren observerar en viss situation i klassrummet, att arbetsterapeuten arrangerar en utprovning av bättre sittställning eller att anhöriga tar reda på vad personen skulle behöva kunna säga i en viss situation. När man då träffas nästa gång har man redan kommit ett steg längre än när man slutade vid förra tillfället, och deltagarna märker att det händer något – det är inte bara prat.

### **5.4 Ännu ett exempel**

Det vi skrivit om hittills är hur man kan göra när man aktivt bestämt sig för att arbeta enligt problemlösningsprocessen. Ibland kan det av olika skäl inte vara möjligt att genomföra fullt ut. Här kommer ett autentiskt exempel där man inte från början uttalat att ”nu ska vi arbeta med gemensam problemlösning”, men ändå har använt sig av de olika stegen i modellen. De inblandade terapeuterna var inriktade på att i samarbete med dem som sökte deras hjälp hitta funktionella lösningar i vardagen. Strukturen för problemlösningsprocessen fanns i bakgrunden som stöd.

”Axel är en 50-årig man med expressiv afasi efter stroke. Efter långvarig rehabilitering är han tillbaka i arbetslivet och klarar sig väldigt bra, trots sitt språkliga handikapp. När han och hans fru sökte hjälp vid ett dataresurscenter hade de redan klart för sig vad de ville ha hjälp med. Axel kunde för det mesta göra sig förstådd av sina arbetskamrater, med hjälp av ord, minspel, pekningar och skrivna ord, men han behövde också kunna förklara saker för utomstående som kom till firman för att lämna eller hämta varor på det lager där Axel arbetade. Fanns det något hjälpmedel som kunde hjälpa Axel med detta?

Vid ett inledande möte träffades Axel, hans fru, en arbetsterapeut han hade kontakt med samt logoped och arbetsterapeut från dataresurscentret. Man gick igenom de resurser och

svårigheter som fanns och samtalet kom redan från början att handla om både Axels uttrycksförmåga, situationen på arbetsplatsen och den resurs som Axels arbetskamrater utgjorde. (Inventering) Det konkreta problemet, att Axel hade svårt att kommunicera med utomstående som kom till hans arbetsplats, (Problembeskrivning) formulerades snabbt om till målet att Axel självständigt skulle kunna förklara för dem hur det t.ex. låg till med en viss beställning (Målformulering). Det gjordes en fördjupad kartläggning som innebar dels att Axel fick prova ett speciellt hjälpmedel för att man skulle se om han kunde lära sig hantera det, dels ett besök på arbetsplatsen, där bl.a. Axels arbetskamrater engagerades i att tänka efter vad det hade varit bra om Axel hade kunnat säga (ev. med hjälp av en samtalsapparat). Detta ledde fram till en heltäckande bild av bakgrunden till problemet (Problemförklaringar) och möjliga sätt att lösa det (Åtgärd). Problemförklaringarna handlade bl.a. om att Axel ofta inte själv kunde säga det han behövde (individnivå), att personer han inte kände kunde ha svårt att förstå när han försökte förklara med en kombination av ofullständiga ord, gester och skrift (samspelesnivå), att Axel ofta var ensam på lagret (omgivning), att uppgiften krävde språk (uppgift) och att han inte hade något hjälpmedel för detta (hjälpmedel). Dessa förklaringar innebar ju inte automatiskt att det var en samtalsapparat som skulle lösa problemet; man hade ju t.ex. kunnat lösa det genom att Axel hämtade hjälp av någon annan i de aktuella situationerna, att han hade skrivna förklaringar att lämna till de som kom, eller genom att han fick andra arbetsuppgifter. Men nu ville ju Axel hitta ett sätt där han självständigt kunde klara uppgiften, både han och omgivningen var positiv till tekniska hjälpmedel och Axel hade goda förutsättningar att kunna hantera en samtalsapparat. Därför blev en samtalsapparat en viktig del av lösningen på detta specifika kommunikationsproblem. Man bestämde sig för att prova en liten samtalsapparat med pekskärm och dynamisk display, som innebar att Axel med ett tryck på skärmen skulle kunna komma åt många olika sidor med information. Axel, hans fru och arbetskamrater engagerades i att ge konkreta förslag till vad samtalsapparaten skulle innehålla och utifrån detta gjorde logopeden ett förslag, som sedan finslipades tillsammans med Axel och hans fru. De fick också lära sig att själva lägga till nya ord och uttryck i apparaten och att spela in det som Axel skulle säga när han tyckte på de olika rutorna. Axels son lånade ut sin röst till detta.

När Axel efter några veckor kom på återbesök till dataresurscentret (Uppföljning) hade han börjat använda samtalsapparaten så som det var tänkt och också lagt till några uttryck som inte fanns med från början. Det handlade om konkreta uttryck för att t.ex. be om hjälp att lyfta ut eller in saker på lagret, något som Axel behövde göra ganska ofta. Han var mycket nöjd med sitt hjälpmedel och hade ju också själv varit engagerad i dess utformning och innehåll från början till slut.”

## 6 Diskussion

När man till en början studerar problemlösningsprocessen kan man tycka att det inte är någon skillnad mot hur man traditionellt arbetat inom habilitering, omsorgsverksamhet och rehabilitering. I de flesta övergripande målbeskrivningar anges att man utgår från brukarens och familjens behov. Men samtidigt använder man ofta traditionella observations- och bedömningsinstrument som utgår från ett utvecklingsperspektiv och då är det inte självklart att de problem som upplevs av brukare/närmiljö kommer med. Instrumenten är ju dessutom ofta individriktade och inkluderar sällan miljöfaktorer och delaktighetsproblem.

Om man studerar hur journaler skrivs blir skillnaden mellan traditionell modell och sammanfattningar enligt gemensam problemlösning uppenbara. Sammanfattningarna blir mer inriktade på bakomliggande orsaker och omgivningsfaktorer och målen blir tydligare. Det blir också en självklarhet att skriva gemensamma journaler och inte bara yrkesspecifika journaler, vilket kräver ändrade rutiner

Som tidigare nämnts kan ordet **problem** uppfattas som ett negativt ord i sammanhanget, men det är inte nödvändigt att använda detta ord. Behov, svårigheter är andra ord man kan utgå från. Men anledningen till att man påbörjar en intervention är ju att det finns något man vill förändra. Utan en detaljerad problembeskrivning är det svårt att sätta mål och utan mål bör man inte genomföra en åtgärd för då vet man ju inte varför man gör det. Speciellt när det gäller kommunikation är detta en viktig grund för kunna påverka samspelet och för att välja rätt innehåll i hjälpmedel.

Ett ”arv” från traditionella behandlingsmetoder är att man som professionell ofta är inställd på att **lösa problemen för individen**, det är då man känner att man lyckats. Även brukare/familj är vana att vända sig till behandlingsteamet för att få träning och hjälpmedel. Att ändra på dessa invanda mönster går inte helt smärtfritt och kräver en viss övning men det ger i gengäld många fördelar.

Även om gemensam problemlösning rent begreppsmässigt är enkel att beskriva är det ofta svårt att genomföra åtgärder på detta sätt. En svårighet är att ”hitta rätt” vid problemformuleringen och prioritera problem. En annan svårighet är att finna förklaringar på olika nivåer. Ytterligare en svårighet är att formulera mål. Processen är sällan så strukturerad som modellen antyder. Ofta pendlar man mellan att arbeta med problemformulering, förklaringar och prioriteringsfrågor under en tid. Det kan krävas flera möten och arbete mellan mötena för att komma fram till en bra individuell plan. Det kräver att den som är ansvarig för åtgärderna kan kombinera systematisk kartläggning, kliniska/vardagliga bedömningar, samt samtal och intervjuer med barnet/eleven, familjen, och andra i närmiljön i ett rimligt tidsperspektiv. För att vara delaktiga i interventionsprocessen måste de som ingår i denna process vara med från början, och processen måste anpassas efter deras möjligheter att delta. Detta är viktigt att tänka på att inte alla trivs med att arbeta på samma sätt – en del familjer och brukare vill vara väldigt aktiva själva – andra vill det inte. Ibland saknas tid att gå igenom hela processen på det sätt som beskrivits här, men om man är van att tänka utifrån den här strukturen kan man ändå arbeta på ett sätt så att närmiljön kommer till tals och åtgärderna riktas mot problem i vardagen.

Att utgå från problembeskrivning och sedan söka förklaring till detta innebär automatiskt att omgivningen involveras från början. Om man för snabbt börjar med åtgärder, Tex. att introducera AKK, blir åtgärderna fr.a. individinriktade, d.v.s. på kropps – eller aktivitetsnivå. Om man däremot börjar med beskrivning och förklaring får man fler förklaringar och åtgärder som är kopplade till omgivningen. Åtgärder i omgivningen är oftast lättare att genomföra och kan få direkt verkan på delaktighetsnivå.

Gemensam problemlösning innebär att man lägger mer tid i början på möten och planering, men i gengäld blir åtgärderna lättare att genomföra i den dagliga miljön och mer naturliga för omgivningen. I och med att flera personer är involverade kan det vara bra att planera för intensiva insatser i början och sätta undan mycket gemensamma resurser, annars finns det risk att åtgärderna drar ut på tiden. Hjälpmedelscentral och tekniker bör också vara involverade för att undvika långa väntetider.

Gemensam problemlösning ger flera fördelar:

<b>Fördelar med gemensam problemlösning</b>
<b>Alla deltar i att identifiera problem</b> <b>Utgår från problem i dagliga livet</b> <b>Större motivation att lösa problem man själv upplevt</b> <b>Större motivation att lösa problem man fått förklaring till</b> <b>Utmynnar i koncensus - enighet</b> <b>Användare och personer i närmiljön sätter målen</b> <b>Ger tydliga funktionella mål</b> <b>Målen kan mätas</b> <b>Små förändringar kan utvärderas</b> <b>Ger struktur för dokumentation</b>

Om interventionen leder fram till ett hjälpmedel så kan en sista kontroll på att brukaren själv varit delaktig i beslutet vara att han svarar ja på följande fråga:

***Vill du ha det?***

## Referenser

- Andersson, I., Heister Trygg, B., Sigurd Pilesjö, M. (1999). *AKK i praktiken, ett studiematerial*. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (1989). *Competencies for speech-language pathologists providing services in augmentative communication*. Asha, 31, 107-110.
- Bain, B., Leger, D. (1997). *Assistive Technology; an Interdisciplinary Approach*. New York. Churchill Livingstone
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and Alternative Communication*. Baltimore. Paul Brooks Publishing
- Björck-Åkesson, E. (1992). *Samspel mellan små barn med rörelsehinder och talhandikapp och föräldrar - en longitudinell studie*. Göteborg Studies in Educational Sciences, 90, Acta Universitatis Gothoburgensis. Göteborg. Göteborgs Universitet.
- Björck-Åkesson, E & Brodin, J & Fälth, I-B. (1997). *Åtgärder - Samspel - Kommunikation. En modell för tidig familjeorienterad intervention*. Rockneby: WRP International och Jönköping: Högskolan för Lärarutbildning och Kommunikation, Högskolan i Jönköping
- Björck-Åkesson, E., & Granlund, M. (2000). *Att arbeta med gemensam problemlösning i förskola och skola*. Västerås. Institutionen för Samhälls- och Beteendevetenskap, Mälardalens Högskola.
- Björck-Åkesson, E., Granlund, M., Olsson, C. (1996). Collaborative problem solving in communication intervention. In Tetzchner, S., Jensen, M. (1996). *Augmentative and Alternative Communication*. London. Whurr Publisher. pp. 324-341.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York; NY: John Wiley & Sons.
- Ferm, U. (1997). *Goal Attainment Scaling – ett kliniskt redskap i arbete med Alternativ och Kompletterande Kommunikation*. Göteborg. Bräcke Östergård.
- Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) (1998). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka, Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter.
- Glennen, S.L., DeCoste, D.C. (1996). *Handbook of Augmentative and Alternative Communication*. San Diego. Singular Publishing Group Inc.

- Granlund, M. (1993) Communicative competence in persons with profound mental retardation. *Acta Universitatis Upsaliensis, Studia Psychologica Clinica Upsaliensia*, 3. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Granlund, M.(red.) (1999). *Elever med flera funktionsnedsättningar i särskolan. - Utbildningens effekter och effektivitet*. Stockholm: Stiftelsen ALA.
- Granlund, M., Olsson, C. (1988). *Kommunicera Mera. Stockholm*. Stiftelsen ALA.
- Granlund, M., Steensson, A-L. (1999). Team över tid: en longitudinell studie av teamfunktion. I M. Granlund (red.). *Elever med flera funktionsnedsättningar i särskolan. - Utbildningens effekter och effektivitet*. Stockholm: Stiftelsen ALA. s. 265-382.
- Granlund, M., Sundin, M. (1999) Funktionalitet i mål och metoder. I M. Granlund (red.). *Elever med flera funktionsnedsättningar i särskolan. - Utbildningens effekter och effektivitet*. Stockholm: Stiftelsen ALA. s. 45-104.
- Mc Laughlin Gray, Julie. (2001). *Discussion of the ICIDH-2 in Relation to Occupational Therapy and Occupational Science*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol 8. Nr 1. 2001
- Heister Trygg, Andersson, Hardenstedt & Sigurd Pilesjö (1998). *Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.
- Kiresuk, T.J., Smith, A., Cardillo. J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling; Applications, Theory and Measurment*. New Jersey. Laurence Elbaum Ass. Inc.
- Lantz, Annika. (1993). *Intervjumethodik*. Lund. Studentlitteratur.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., Pollock, N. (1999). *Canadian Occupational Performance Measure*. Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Light, J. (1989) Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and Alternative Communication*, 5, 137-144.
- Riemer-Reiss, M. (2000). *Assistive Technology Discontinuance*. Presentation vid CSUN-konferens. Los Angeles.
- Rydeman, Bitte, Zachrisson, Gerd. (2001). *Dynamiska kommunikationsprogram och styrsätt för personer med rörelsehinder*. Stockholm. Hjälpmedelsinstitutet.

- Sameroff, A. J., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 135-169). New York: Cambridge University Press.
- Socialstyrelsen (19xx). Remissutgåva. *Klassifikationer av Funktionssvikt, Aktivitetsbegränsning och Handikapp*. Socialstyrelsen.
- Stenhammar Ann-Marie, red. (1997). *Individuell planering för elever i skolan*. Örebro. SIH Statens Institut för Handikapp i skolan.
- Tomm, Karl. (2000). *Systemisk intervjumetodik – en utveckling av det terapeutiska samtalet*. Smedjebacken. Mareld.
- Zachrisson, Gerd. (1994). *Utprovning av datorbaserade hjälpmedel*. Stockholm. Handikappinstitutet
- Zachrisson, Gerd. (1998). *Gemensam problemlösning vid AKK*. Göteborg, Bräcke Östergård.
- World Health Organisation (1992). *The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, tenth revision*. WHO
- World Health Organisation (2000, a). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder, beta –2 förslag*, JULI 1999, ICIDH – 2. Utkast på svenska 2000-01-06
- World Health Organisation (2000, b). *Internationell Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa*. Preliminärt slutförslag, december, 2000. svensk översättning.
- World Health Organisation (2001, a). *Internationell Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder*. Slutförslag (i avvaktan på Final Version från WHO), Fullständig version, ICF. Utkast på svenska 2001-08-24.
- World Health Organisation (2001, b). *ICIDH – Final Draft*. <http://www.who.int/icidh/>