

**Delaktighet för personer med lindrig
utvecklingsstörning vid förskrivning och användning
av kognitiva hjälpmedel**

Magisteruppsats i Arbetsterapi, 10 poäng nivå 61- 80 poäng

Jönköping, januari 2009

Nyckelord: arbetsterapi, utvecklingsstörning, kognitiva hjälpmedel, förskrivning

Författare: leg arbetsterapeut Birgitta Wennberg

Handledare: Fil. Dr. Anette Kjellberg

Examinator: Med. Dr. Anita Björklund

Abstrakt

Participation for persons with light learning disability in the prescription process and in using cognitive aids.

The aim of the study was to describe how people with learning disabilities experienced their participation in the prescription process and using cognitive aids in every day activities. Ten persons, 15 – 37 years old, with light learning disability were interviewed. Datacollection were obtained through semi-structured questions. The analysis was performed using a editing analysis style. The findings showed that participation in the prescription process varied. The highest grade of participation was generally in the first steps of the process and then it gradually reduces.

The participation varied from person to person. The participation in everyday activities increased for the majority of those using cognitive aids. The findings also shows that participation in handling the cognitive aids varied a lot. Sometimes there were participation restrictions according to attitudes to participation coming from the social network and attitudes to use cognitive aids from the person it self and from the social network. There are differencis in participation handling the cognitive aid. Occupational therapists have to consider the participation in all steps of the prescription process and be ware of the users desire to chance some settings in the cognitive aid to make the use optimal. The occupational therapist should also have in mind the social factors that could influence the persons participation using cognitive aids in the everyday activities.

Keywords

Occupational therapy, learning disability, cognitive aids, perscription

Sammanfattning

Delaktighet för personer med lindrig utvecklingsstörning vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel

Syftet med studien var att beskriva erfarenheter som personer med lindrig utvecklingsstörning har av delaktighet vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel. Deltagare var tio personer med lindrig utvecklingsstörning i åldern 15 – 37 år. Data insamlades med semistrukturerade intervjuer och analyserades med Datastyr analys. Resultatet visar att delaktigheten i **förskrivningsprocessen** varierar. Den största delaktigheten upplevs generellt i de första stegen medan delaktigheten minskar successivt i de senare stegen. Delaktigheten varierar också från deltagare till deltagare. Delaktigheten i **vardagsaktiviteter** ökar för huvuddelen av deltagarna, med de hjälpmedel de fått förskrivet. Det visar sig att delaktighet i användandet i vissa fall begränsas av såväl den sociala omgivningens inställning till delaktighet som deltagarnas och andras attityder till hjälpmedelsanvändning. Det finns stora skillnader i delaktigheten vid hanterandet av hjälpmedlet. Arbetsterapeuter behöver beakta delaktigheten i alla faser av förskrivningsprocessen och vara observant på brukarnas önskemål om förändringar i hjälpmedlets inställningar för att användningen ska vara optimal. Vidare bör arbetsterapeuten vara vaksam på de sociala och attityd faktorer som kan påverka brukarens möjligheter till delaktighet vid användning av kognitiva hjälpmedel i vardagsaktiviteter.

Nyckelord

Arbetsterapi, utvecklingsstörning, kognitiva hjälpmedel, förskrivning

Innehållsförteckning

Introduktion	5
Syfte/målsättning	9
Frågeställningar:	9
Metod	10
Deltagare:	10
Datainsamling	11
Databearbetning	12
Resultat	14
Delaktighet i förskrivningsprocessen.....	15
Delaktighet vid användning av hjälpmedlen, nuläge och framtid.....	18
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion.....	24
Referenslista.....	29

Introduktion

Personer med utvecklingsstörning och kognitiva hjälpmedel

Utvecklingsstörning innebär svårighet att ta in och bearbeta information samt att bygga kunskap (Kylén, 1981). Kylén (1981) beskriver innebörden av begåvningsnedsättningen som en person med utvecklingsstörning har, som svårigheter att ordna och ordna om information, att utföra handlings- och tankeoperationer och att symbolisera. Dessutom tillkommer en begränsning i korttidsminnet (Kylén, 1981;). Begränsningen i korttids- eller arbetsminnets funktion får påverka förmågan att ta emot och samordna information (Bond et al. 2002). Begåvningen utvecklas i fyra olika stadier, där det fjärde stadiet motsvarar en vuxen persons fullt utvecklade begåvning. Alla människor går igenom stadierna i samma ordning. Vid ca 16-20 år avstannar begåvningsutvecklingen, däremot lär man sig hela livet och kan på detta sätt använda den begåvningen man har på ett mer effektivt sätt. Alla utvecklas inte lika snabbt utan stannar på ett av de tidigare stadierna. Stadierna benämns A, B, C och D, där A-stadiet motsvarar det första. En person över 16 år som fungerar på A-stadiet beskrivs vara gravt utvecklingsstörd, en person på B-stadiet – måttlig utvecklingsstörd och en person på C-stadiet - lindrigt utvecklingsstörd. Vilka konsekvenser det får för personen är inte bara beroende på utvecklingsstörningen utan på vad omgivningen kräver av personens begåvningsförmåga i varje enskild situation. I International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) används termen delaktighetsinskränkning vid problem som en person kan ha i engagemang i en livssituation, dvs vid genomförandet (SoS, 2003). Delaktighet är en av flera komponenter i ICF. En vuxen person med lindrig utvecklingsstörning kan ofta läsa och skriva men kan ha svårt att hantera problem där

många faktorer samverkar, att komma på alternativa lösningar och att förstå tänkta situationer (Kylén, 1981; Lindström & Wennberg, 1999). Man har också svårt att förstå symboler för symboler vilket kan göra det svårt att självständigt hantera sin ekonomi. Svårigheter med tidsuppfattning och planering av tid är också vanligt.

Förskrivning av hjälpmedel till personer med utvecklingsstörning är ett relativt nytt område. Tanken att hjälpmedel kan vara en kompensation även för funktionsnedsättning i begåvning formulerades först på 1980-talet (Göransson & Hedman-Hallin, 1983; Granlund, 1996; Göransson, 2004). Då börjar också begreppet begåvningshjälpmedel användas. Begåvningshjälpmedel kan vara ett sätt att ”underlätta samspel med omvärlden för personer med utvecklingsstörning. Hjälpmedel kan antingen användas för att underlätta problemlösning i allmänhet eller för att göra det lättare för personen att lösa ett alldeles speciellt problem i en speciell situation”(Granlund, 1996, sid.13).

Personer med utvecklingsstörning har sedan mitten av 1990-talet kunnat få hjälpmedel förskrivet för att kompensera den funktionsnedsättning i begåvningen som utvecklingsstörning ger.

Under de senaste åren har begreppet kognitiva hjälpmedel börjat användas. Syftet med kognitiva hjälpmedel är att öka självständighet i att utföra vardagliga aktiviteter, få möjlighet till ett större socialt kontaktnät och bli mer delaktig i viktiga beslut (Jacobsson, 1999). Kognitiva hjälpmedel kan ge stöd att minnas, planera, förstå och hitta (Lindström & Wennberg, 2004). Personliga hjälpmedel tillhandahålls av landsting och kommuner enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (Jahlenius, 2005; Blomquist & Nicolaou, 2007). De omfattar hjälpmedel för den dagliga livsföringen, för vård och behandling samt hjälpmedel för skola och utbildning. Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller målet om god hälsa och en vård på lika villkor. Det innebär bl a att

vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (Blomquist & Nicolaou, 2007).

Delaktighet vid hjälpmedelsanvändning

Enligt ICF kategoriseras hjälpmedel som en omgivningsfaktor, inom området Produkter och teknik. Andra faktorer är t ex Personligt stöd och personliga relationer samt Attityder (SoS, 2003). Förskrivningsprocessen består av följande faser: Bedöma behov av insatser; prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt; initiera specialanpassning; instruera, träna och informera samt följa upp och utvärdera funktion och nytta (Blomquist & Nicolaou, 2007). Förskrivning av hjälpmedel är en av de insatser som arbetsterapeuter gör för att nå de arbetsterapeutiska målen (Fsa, 2005;). En utgångspunkt i arbetsterapi är att grunda insatserna på patientens/brukarens önskemål och behov och att insatserna ska ha ett klientcentrerat perspektiv (Fsa, 2005; Kielhofner, 2004; Townsend, 2002). Aktivitetsutförandet påverkas av flera olika delar som samspelar: personen, miljön och aktiviteten (Kielhofner, 2004; Townsend, 2002). Detta får betydelse även vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel.

För att kognitiva hjälpmedel ska vara användbara för brukaren (personen med utvecklingsstörning) och också användas av dem är det viktigt att utgå ifrån en situation som brukaren identifierat som problematisk och viktig att åtgärda och inte utifrån personal eller anhörigas behov (Arvidsson & Jonsson, 2006; Lindström & Wennberg, 2004; Granlund et al, 1995; Scherer, 2005; Svensk, 2001; Reimer-Reiss & Wacker, 2000). Att brukaren känner sig delaktig i introduktionsprocessen och känner sig ansvarig för hjälpmedlet är också en viktig aspekt (Arvidsson & Jonsson, 2006). Flera studier tar dessutom upp vikten av att brukaren är med så mycket som möjligt i hela

förskrivningsprocessen dvs vid val, förvärv, användning och underhåll (Svensk, 2001; Reimer-Reiss & Wacker, 2000). Optimal användning och förståelse för hjälpmedlets funktion kräver att brukaren får prova och experimentera med hjälpmedlet innan förskrivning (Reimer-Reiss & Wacker, 2000; Göransson, 2004). Kritiska moment för både brukare och personer i närmiljön är introduktion och utbildning (Arvidsson & Jonsson, 2006; Granlund et al, 1995) då kognitiva hjälpmedel ofta involverar och påverkar många personer under såväl introduktion som användning. Flera studier styrker att det är av yttersta vikt att brukaren själv och närmiljön är motiverad, kunnig och intresserad (Arvidsson & Jonsson, 2006; Hammel, Lai & Heller, 2002; Gatu, 2003; Granlund et al, 1995; Scherer, 2005; Reimer-Reiss & Wacker, 2000). Arvidsson och Jonsson (2006) beskriver att de flesta brukare använde sitt hjälpmedel på ett tillfredsställande sätt bara om de hade tillräcklig kunskap om dess funktion. Hur ska då introduktion och utbildning gå till för att vara mest användbart? En studie betonar att lärande bör ske implicit med ett minimum av instruktioner (Bond, 2002). En av de viktigaste faktorerna för lyckad hjälpmedelsanvändning är det stöd brukaren får av sin omgivning (Reimer-Reiss & Wacker, 2000). Att det behövs en stödjande och positiv attityd, en vilja att ge ökad självständighet och kontroll och en nyfikenhet och intresse för ny teknik bekräftas av flera studier (Arvidsson & Jonsson, 2006; Doxner & Kogner, 2004; Hammel, Lai & Heller, 2002; Gatu, 2003; Granlund et al, 1995; Scherer, 2005; Svensk, 2001). Scherer (2005) beskriver att komponenter för ett lyckat, effektivt och framgångsrikt resultat är en matchning av förutsättningarna i hjälpmedlet och annat stöd, användarens mål och preferenser och resurserna i miljön.

Avslutningsvis finns få studier om användning av kognitiva hjälpmedel, effekten av dessa och framför allt om hur brukaren själv upplever delaktighet. Området är obeforskat och utifrån detta är evidensen på en låg nivå (Friberg, 2006, Backman, 1998) Det i kombination med att allt större krav ställs på att arbetsterapeutiska insatser ska vara evidensbaserade skapar en nödvändighet av studier inom området. Det finns ett antal utvecklingsprojekt (Granlund, 1996; Doxner & Kogner, 2004; Lagren & Wolf, 1999; Gatu 2003) som beskriver nyttan av kognitiva hjälpmedel men så gott som inga vetenskapliga studier. Arvidsson och Jonsson (2006) beskriver hur några vuxna personer med utvecklingsstörning upplever att tidshjälpmedel påverkat deras självständighet och autonomi.. De flesta utvecklingsprojekt baseras på uppgifter från närmiljön och inte på hur brukaren själv upplever användningen och sin delaktighet. Det finns få studier om hur brukarna själva upplever sin delaktighet vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel. Det är relevant för arbetsterapi att få insikt i vilka erfarenheter personer med utvecklingsstörning själva har kring delaktighet vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel.

Syfte/målsättning

Att beskriva erfarenheter, som personer med lindrig utvecklingsstörning har, av delaktighet vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel.

Frågeställningar:

- Hur uppfattar personerna sin delaktighet vid förskrivningsprocessen?
- Hur används hjälpmedlen och på vilket sätt påverkar hjälpmedlen delaktigheten för personerna i vardagen?

Metod

Forskningsansatsen är kvalitativ då det är ett nytt forskningsområde och det är intressant att få ta del av brukarnas egna erfarenheter.

Deltagare:

Inklusionskriterier för studien var personer med lindrig utvecklingsstörning i åldern 15-40 år som fått ett kognitivt hjälpmedel förskrivet under den senaste tvåårsperioden.

Personerna skulle också ha möjlighet att kommunicera verbalt och bo inom ett bestämt geografiskt område i Mellansverige.

Totalt medverkar 10 personer i åldern 15 – 37 år (medelålder 23,8 år). Av dessa är tre män och sju kvinnor. Deltagarna har haft sitt kognitiva hjälpmedel förskrivet under 1,5 månad till 2 år (medel 8,3 mån.). Fem deltagare bor i föräldrahemmet, fyra bor i egen lägenhet med personalstöd och en deltagare bor i egen lägenhet utan personalstöd. Fem deltagare arbetar på daglig verksamhet, tre går i skolan och två deltagare väntar på arbete.

Urval skedde utifrån inklusionskriterierna, en sk. målinriktad sampling (de Poy & Gitlin 1998) För att få kontakt med deltagarna blev det nödvändigt med tre kontaktvägar; arbetsterapeuter inom landstingets habilitering, arbetsterapeuter inom en kommun i landstinget och personal som arbetar i en samtalsgrupp med personer med lindrig utvecklingsstörning. Dessa kontaktpersoner informerades via yrkesträffar, mail och personliga kontakter om studien och ombads förmedla information till presumtiva deltagare. Information till deltagarna skedde i två faser:

- ett brev med kort information och förfrågan om undertecknad fick ringa upp (Bilaga 1)
- ett brev som deltagaren fick skickat till sig eller fick vid intervjun. Materialet bestod av information om studiens syfte, hur materialet skulle redovisas, att svaren skulle redovisas anonymt och att deltagaren kunde avsluta intervjun när som helst. Deltagaren fick också information om att intervjun skulle spelas in och att det inspelade materialet tas bort så snart som möjligt. (Bilaga 2).

Informationen i de båda breven säkerställde de fyra forskningsetiska principerna. Breven skrevs på lättläst svenska för att deltagarna lättare skulle förstå informationen och kunna göra ett aktivt val om deltagande eller ej och på detta sätt säkerställdes kraven på information och samtycke. Dessutom fick deltagarna behålla informationen i Bilaga 2 efter intervjun. Det forskningsetiska kravet på samtycke säkerställdes dessutom genom att deltagarna fick ge sitt skriftliga godkännande. För de deltagare som var under 18 år vidtalades målsman och ett skriftligt godkännande gavs.

Kravet på konfidentialitet säkerställdes genom att deltagarnas anonymitet säkrats vid förvaring av material och i rapporten. Genom att tydligt beskriva hur informationen från intervjuerna skulle användas säkerställdes kravet på nyttjande.

En förfrågan gjordes till forskningsetiskt råd (www.vetenskapsradet.se) och de hade inget att erinra för denna studie (diariernr. Xxxx). Förankring i den egna organisationen skedde med skriftlig information till närmaste chef, verksamhetschef, forskningsledare och forskningschef.

Datainsamling

Datainsamling skedde med hjälp av intervjuer med semistrukturerade frågor med utgångspunkt från syfte och frågeställningar. En frågeguide (Bilaga 3) med fem öppna

frågor konstruerades (Kvale, 1997). Guidens konstruktion byggde på en metod där ordningen på frågorna var viktig och guide respondenterna och där dåtid, nutid och framtid fanns med för att fånga processen. I frågorna ombads deltagarna att berätta om hur de använde sitt hjälpmedel och hur de upplevde förskrivningsprocessen. Varje fråga kompletterades med en evalueringsfråga. Guiden kompletterades med stödfrågor som intervjuaren kunde använda för att underlätta för deltagarna att komma ihåg och beskriva sin erfarenhet. Inledningsvis fanns kompletterande frågor om deltagarnas ålder, bostadsförhållanden och arbete/skola. Vid intervjun uppmanades deltagarna att visa på vilket sätt de använde sitt hjälpmedel. I slutet av intervjun ställdes en fråga om deltagaren ville berätta något mer om sitt hjälpmedel eller fråga intervjuaren om något. Längden på intervjuerna varierade från 15 – 58 minuter (medel 40 min.).

Intervjuerna skedde på habiliteringen, i personernas hem eller på brukarens arbete utifrån de önskemål respondenterna hade, för att beakta en så god ekologisk validitet som möjligt (Bottari et al. 2006). I en trygg och välkänd miljö blir intervjun mer ett samtal än en ”förhör” och svaren blir troligen mer valida. En ytterligare försäkran om detta var att, om det var möjligt, välja rum som var lagom stora, en möblering som stimulerade till samtal och en försäkran om en ostörd intervjusituation. Vid två tillfällen var en anhörig närvarande och vid ett tillfälle förskrivande arbetsterapeut, detta på respondentens begäran. Intervjuerna spelades in digitalt.

Databearbetning

Kvale (1997) beskriver att analys av kvalitativa intervjuer ofta påbörjas under själva intervjun, då intervjuare kan koncentrera och tolka respondenten för att på detta sätt ge en möjlighet för denne att bekräfta eller korrigera intervjuarens tolkning. Detta har tillvägagångssätt har använts.

Den analysmetod som använts är datastyrd analys som Malterud (1998) beskriver som en av fyra analysmetoder för kvalitativa studier. Proceduren i analysen är inspirerad av Giorgis fenomenologiska analys som enligt Malterud (1998) framför allt används för utveckling av beskrivningar och begrepp. Malterud (1998) beskriver en procedur i fyra steg som följts i denna studie.

Efter varje intervju gjordes korta reflexioner som skrevs ner för att kunna användas som bakgrund till analysen (Kvale, 1997). Intervjuerna transkriberades till text för att få fram rådata. När det förekommit längre pauser, betoning av vissa ord och emotionella uttryck som t ex suckar och fniss har det dokumenterats.

I den första fasen i analysen, *att få ett helhetsintryck*, lästes allt material igenom och korta anteckningar om sådant som var speciellt intressant i förhållande till syfte och frågeställningar gjordes. Teman som valdes var:

- delaktighet i förskrivningsprocessen,
- delaktighet i användningen i vardagen

I den andra fasen gick varje intervjuutskrift igenom rad för rad för att *välja ut meningsbärande enheter* som hade något med de olika temana att göra. Nu valdes också det material bort som inte var relevant för studien i förhållande till syfte och frågeställningar. Sedan samlades de meningsbärande enheterna individ för individ utifrån de olika temana och gick igenom, ett tema i taget. Vidare markerades i texten det som var betydelsebärande och detta gavs en kod. Antalet koder blev sju (Bilaga 4). Exempel på koder är initiering av förskrivningsprocessen, hantera hjälpmedlet, personligt stöd och attityder. Varje deltagare tilldelades en bokstavsbeteckning som användes i textmaterialet för att kunna identifiera vem som sagt vad.

I den tredje fasen samlades all betydelsebärande text, kod för kod. Sedan gick samtliga

kodningsgrupper igenom, var för sig, i syfte att *sammanfatta, kondensera och abstrahera innehållet*. Data var så omfattande att behovet uppstod att bilda subgrupper. Exempel på subgrupper är: få berätta om det som är svårt, gemensamt beslut, omgivningens attityder till hjälpmedelsanvändning. Vidare analyserades och kondenserades innehållet i subgrupperna .

I den fjärde fasen gjordes *sammanfattningar* utifrån de kodgrupper och subgrupper som bestämts med utgångspunkt från teman och utifrån syfte och frågeställningar. Vidare gjordes innehållsbeskrivningar av koder och subgrupper. I denna fas valdes citat från deltagarna för att illustrera de olika koderna och subgrupperna. Under analysens gång förändrades koder och subgrupper delvis. Analysarbetet har karakteriserats av att författaren kontinuerligt gått tillbaka till rådata för att försäkra sig om att innehållet i koder och subgrupper har en förankring i rådata. För att inte tappa kontakten med ursprungsmaterialet har intervjuutskriften lästs igenom ytterligare i ett sent skede av analysen.

Resultat

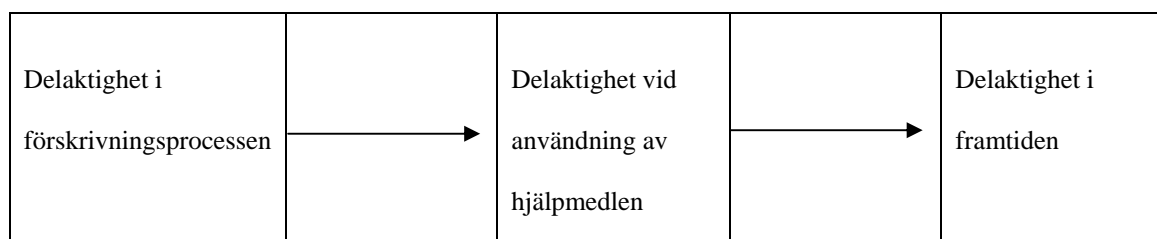
Samtliga deltagare har fått ett tidshjälpmedel förskrivet. Det är för flertalet en handdator (Handi) med speciellt utvecklad programvara. Övriga förskrivna hjälpmedel är nedräkningstimer (Timstocken) och veckoschema. Vid tidpunkten för intervjun använder nio deltagare fortfarande sitt hjälpmedel. En använder inte sitt hjälpmedel och en deltagare som har två hjälpmedel förskrivna använder enbart det ena (se Tabell 1).

Tabell 1: Hjälpmedel som används vid intervjuens genomförande relaterat till person, ålder, kön.

Person	Ålder	Kön	Förskrivet hjälpmedel	Nuvarande användning
A	17	K	Timstock Handi	Enbart Timstock
B	23	K	Handi	Ja
C	15	M	Timstock	Nej
D	33	M	Handi	Ja
E	21	K	Handi	Ja
F	23	K	Handi	Ja
G	37	K	Handi	Ja
H	22	K	Handi	Ja
I	30	K	Handi Veckoschema	Ja
J	17	M	Handi	Ja

Delaktigheten vid förskrivning och användning av kognitiva hjälpmedel kan ses i en tidsaxel (Figur 1) där den första delen är förskrivningsprocessen, nästa del tiden när hjälpmedlet är introducerat och används i vardagen samt den sista delen framtida användning.

Figur 1: Tidsaxel för förskrivningsprocessen, användning av hjälpmedlet och framtiden.



Delaktighet i förskrivningsprocessen

Förskrivningsprocessen **initieras** med olika grad av självständighet. Det framträder tre subgrupper: *av deltagarna själva*, *av anhöriga* och *av personal*.

De deltagare som själv tar initiativ till hjälpmedelsförskrivning har i de flesta fall sett någon annan nära vän använda hjälpmedlet. De har sett hur hjälpmedlet kan användas och några av dem har också provat hjälpmedlet. De ber personal ta kontakt med förskrivare eller tar själva kontakt. Övriga deltagare som själv initierar förskrivningsprocessen har en etablerad kontakt med förskrivare sedan tidigare och tar

upp problem med tid. För de deltagare vars anhöriga initierar förskrivningen tar anhörig kontakt med förskrivare och önskar ett möte. För en av deltagarna uppmärksammar en psykolog behovet.

Bedömning av behov av hjälpmedel och utprovning sker vid ett eller flera möten.

Flertalet beskriver att de upplever sig delaktiga genom att de är med på ett möte och **får berätta** om vad som är svårt men också vad som fungerar bra.

Jag fick berätta vad som var svårt och vad som var jobbigt och vad som inte funkade, och vad som funkade och allt möjligt sån, de fick jag berätta för henne, och vad jag behöver liksom stöd med och såna grejer också (H).

Delaktigheten förstärks av att olika sätt att berätta accepteras t ex visar en av deltagarna arbetsterapeuten sin fulla almanacka för att beskriva sin kaotiska vardag. Mötena sker på arbetsterapeutens arbetsplats. För drygt hälften av deltagarna är någon anhörig med. Det förekommer också att deltagarna har sitt personliga ombud med eller är själva. Att det kan vara svårt att vid ett möte komma på och generalisera om vad man vill ha hjälp med beskrivs. Likaså nämns att det inte alltid är så lätt att berätta om sina svårigheter.

I början var det lite svårt för då tyckte jag ju inte att det hände så mycke men sen när man var inne i en sån diskussion då liksom gick det jättebra tyckte jag, då kunde jag liksom prata på om nästan allt möjligt(H).

Jag ville ju inte verka dum i huvet (I)

Flertalet beskriver mötet som positivt och med en stor grad av delaktighet. De får säga det de vill och **blir lyssnande på**. Men det finns även exempel på att deltagarna inte känt sig delaktiga.

Och sen satt vi, satt ja och diskuterade med personalen och så där (F)

De va bra! Faktiskt! Fick mycket papper (B).

Ja var helt knäpptyst nästan (J).

Att mötet även kan uppfattas som ett prov, där brukaren ska ”bevisa” att han har möjligheter att klara hjälpmedlet anas.

Handi inte svår Handi. Jag var så DUKTIG tyckte dom (J).

Ett fåtal deltagare får **se eller prova hjälpmedel** vid mötet vilket minskar delaktigheten.

En av deltagarna beskriver att hon tar reda på mer själv när arbetsterapeuten gått, genom att söka på Internet.

Några deltagare uttrycker att mötet resulterade i ett **gemensamt beslut**, vilket bidrar till delaktighet i förskrivningsprocessen.

Ja vi pratade lite löst, alltså, om både Handi och schema. Om både ock.. och sen kom vi ju fram till då att Handi skulle vara bra och sen ett schema (I).

NN gav mej förslag...på att det finns en sån där data. Och då tyckte jag, att den va intressant, tänkte så där, ta hem och prova den (A).

Gränsen mellan **information, inträning och uppföljning** är flytande. Delaktigheten vid dessa moment är lägre än i de tidigare. Deltagarna får oftast instruktionen om hur hjälpmedlet fungerar genom att arbetsterapeuten visar hjälpmedlet med de olika funktionerna. Det sker företrädesvis på arbetsterapeutens arbetsplats men det förekommer också att mötet sker i personernas hem eller på personens arbetsplats. Det är oklart hur mycket personerna **själva får prova**. En av deltagarna berättar att hjälpmedlet skickats hem på posten och på frågan om hur den skulle användas svara han att:

De va lapp med (C)

Ett fåtal nämner **information till anhöriga och personal**.

Den kom då till jobbet då, å så satt vi och pratade om Handin å hon visade hur den fungera, så kom hon till mina föräldrar å visa dom hur den fungerar. Sen fick föräldrarna hålla på å klicka lite och titta och så där(E).

För drygt hälften av deltagarna bokas flera tillfällen för instruktion och information.

Jag har ju vart i omgångar, ju både jag och mamma har varit med och sen har det varit omgångar när bara jag har varit med och bara mamma har varit med och såna grejer med(H)

Dessutom förekommer det att deltagarna själva kontaktar arbetsterapeuten när de ville lära sig något nytt t ex att ändra till sommartid. Två deltagare tar eget initiativ till att prova sig fram i användningen av hjälpmedlet.

Jo jag leker ju lite (B) och ...sen dess har jag ju lekt med den här då (I)

Uppföljning beskrivs inte som en separat företeelse. Ingen av deltagarna har vid intervjutillfället något planerat tillfälle om hjälpmedlet inplanerat vilket kan minska delaktigheten. Flera deltagare tar under intervjun upp önskemål om förändringar eller kompletteringar i hjälpmedlet och att de upplever sig tvungna att bevisa att de kan hantera sitt hjälpmedel full ut innan de får använda det i en annan miljö. Flertalet beskriver att den **skriftliga dokumentation** de får om hjälpmedlets funktion är i form av de handböcker som medföljer hjälpmedlet från tillverkaren men att de inte förstår den. Ingen av respondenterna får något anpassat skriftligt material med, vilket hade kunnat öka delaktigheten.

Delaktighet i vardagsaktiviteter med användning av hjälpmedlen, nuläge och framtid

Resultaten av delaktighet vid användning av hjälpmedlen baserar sig på intervjuerna från de deltagare som använder något hjälpmedel vid intervjutillfället.

Flertalet använder hjälpmedlet inom alla livsområden: för att ta hand om sig själv, sköta sitt arbete/skola och på sin fritid. Några få använder enbart hjälpmedlet hemma.

Den övervägande delen av deltagarna anser att det är stor skillnad nu när de har ett hjälpmedel. De är mer delaktiga i de aktiviteter de önskar eller behöver utföra.

Nu blir jag påmind på ett bättre sätt, ungefär, de e ju liksom en Handi som piper och säger till mej än en tjugig mamma (skrattar) eller en tjugig personal(H).

Det är betydelsefullt för flera av deltagarna att **få överblick** över vad som ska hända under dagen och veckan. En förutsättning för delaktighet är en känsla av kontroll över vad som ska hända och när.

Vad händer, vad ska man göra, ja vet inte ibland vad som kommer att hända med mej (D).

Flera personer uttrycker att hjälpmedlet ökat möjlighet att själv veta vad som ska hända och att de har överblick över de aktuella aktiviteterna och på detta sätt kan vara mer förberedda.

Det är bra att få överblick, då blir det inte bara alldeles rörigt i huvudet. Alltså jag vet ju inte men jag ser ju att jag inte planerar in för mycket, på en och samma dag (I),

En annat viktigt användningsområde är att se till att aktiviteter som t ex läkarbesök och planerade träffar med kompisar inte krockar.

Så då slipper ja, dubbelboka. För jag brukar gå igenom den där då, och titta så jag inte råkar säga för mycket eller så (F).

Några använder hjälpmedlet också för att vara beredd en stund innan aktiviteten inträffar, vilket ger ett annat lugn.

Jag brukar skriva, liksom kvart i 2. Så den får pipa då, så hinner ja klä på mig och gå (I).

Att bli **påmind** och veta när en aktivitet ska börja används av samtliga respondenter.

Delaktigheten visar sig i att deltagarna numera kan initiera aktiviteten själva och inte är beroende av att någon annan bestämmer vad som ska göras och när det är dags.

Jag är jättetacksam att jag har fått en sån, faktiskt. Att det är den som påminner mig, nu. (F).

För en av personerna visar sig delaktigheten främst i att hon får stöd att själv **komma igång** t ex med olika morgon- och kvällsrutiner.

de ja får hjälp med då, de e väl att komma igång på olika grejer (B)

Flertalet är också intresserade av att **veta hur lång tid** det är kvar till den aktuella aktiviteten.

Jag brukar titta mycke minuter de e kvar,...tiden går fortare (E)

Andra användningsområden är att veta hur lång tid man har på sig t ex för att göra sig i ordning på morgonen och hinna till skola eller arbete. En aktivitet som några deltagare nämner är att gå och handla. En respondent beskriver hur hjälpmedlet har ökat delaktigheten.

Jag har ju svårt, med pengar, hur dom ser ut och vad de är värda, för förut när jag gick upp till affären och handla, då vart ju de fel och hur många gånger har inte jag lämnat tillbaka varor. Men idag är jag inte i den situationen, på samma sätt (I).

Antalet aktiviteter som respondenterna utför är i stort sett detsamma, likaså vilka aktiviteter som utförs.

Ja gör lika mycket saker men jag tjarar inte lika mycket som jag gjorde förut (E).

För deltagarna som har fått en handdator förskrivna har **nya aktiviteter** tillkommit som att göra komihåglistor och samla dem i handdatorn och att lyssna på musik för att kunna koncentrera sig bättre. För en deltagare har delaktigheten ökat genom att antalet föreningsaktiviteter minskat och på detta sätt har hon fått en balans mellan aktivitet och vila.

Jag behöver alltså inte ha, inte fullt upp hela tiden, utan att försöka, och det är de jag vill, jag vill ju försöka vara hemma lite också (I).

Aktiviteter för att **administrera hjälpmedlet** har också tillkommit; att ladda det, att lägga in nya aktiviteter i kalendern och att ta bort det som inte längre är aktuellt.

Samtliga deltagare laddar sin handdator själv men delaktigheten varierar när det gäller att **lägga in nya aktiviteter**. Det finns tre subgrupper: att göra det själv, att få viss hjälp och att få hjälp med allt. En person gör det helt självständigt, några få får hjälp med allt

och de flesta får viss hjälp. Delaktigheten för de som får viss hjälp kan i sin tur delas in i två undergrupper: att behöva hjälp med att veta vilken tid som ska skrivas in och att kunna det själv men inte få göra det i alla miljöer. Svårigheten att lägga in rätt tid till aktiviteten är för flertalet att förstå digital tidsangivelse. En person ökar sin delaktighet genom att be personal ge informationen på det sätt hon kan hantera.

Vad d de digitala på det du sa, för de e de jag kan lägga in på min Handi(H).

Om det är **problem med hjälpmedlet** löser deltagarna det på tre olika sätt; provar själv, frågar förälder eller personal och frågar förskrivare. De flesta deltagare provar att lösa det själv eller fråga en förälder. Flertalet deltagare har **önskemål om förändringar** i hjälpmedlets inställningar t ex fler bilder eller foton på personer och ändring av ringsignal. Kontaktgrupperna är detsamma som ovan med den skillnaden att de flesta nämner förskrivaren och endast en provar själv.

Användningen av hjälpmedlen ger en **positiv påverkan på roller och hälsa**. Den ökade delaktigheten visar sig i att deltagarna fått en **förändrad roll**, från att ha varit beroende av andra till att veta och fatta beslut själv.

Förut så sa jag så här (med pipig röst) Mamma vet du vilken tid de e nu och när ska jag gå (B).

Rollen i förhållande till personal på arbetsplatsen är också förändrad på det sätt att respondenterna inte längre behöver fråga eller vänta på att bli tillsagda vad som ska göras och när. En person uttrycker att personal tidigare så till honom:

”ja nu ska du duka, ja nu ska du äta” och så där (E).

Att den ökade delaktigheten och upplevelsen av kontroll har betydelse för **hälsan** bekräftas av flera.

Förut blev jag lite nervös, och distraherad och så där och ont i magen. Det är inte lika jobbigt nu, faktiskt (B).

Delaktigheten kan begränsas av **sociala hinder** t ex *omgivningens inställning till delaktighet*. En deltagare beskriver att boendepersonalen inte ”håller vad de lovar” när det gäller att göra gemensamt planerade aktiviteter som att gå på hockey eller fotboll. Dessa aktiviteter läggs inte in i deltagarens handdator, vilket gör det svårare för henne att minnas och påpeka att hon vill göra dem. Några personer tar upp att de inte får lägga in de arbetsuppgifter de har på arbetsplatsen i sin handdator, trots att de lägger in alla aktiviteter helt själv i hemmet och på fritiden. Personalen ska lägga in aktiviteterna men det blir inte av.

Vi får alltså inte göra det själva, utan det måste dom göra (G).

En person uttrycker också att hon skulle vilja veta vilken personal som ska komma och hjälpa till med matlagning och städning en gång i veckan men att hon inte får tillgång till personalschemat. Nu sms:ar hon varje vecka för att fråga vem som kommer.

Att både *egna och andras attityder till hjälpmedelsanvändning* kan begränsa delaktigheten tas upp av flera deltagare. Några väljer att inte använda hjälpmedlet vid besök hos släktingar och när de träffar kompisar.

Deltagarna har olika syn på om och hur de kommer att **använda sitt hjälpmedel i framtiden** för att vara delaktiga. Det utkristalliserar sig två grupper: de som tror att de kommer att använda det mycket och de som inte vet.

Hälften av deltagarna tror att de kommer att använda hjälpmedlet och en person uttrycker att det är en nödvändighet för att var delaktig.

Kan inte klara mej utan den (D).

Hälften av deltagarna är osäkra. Några beskriver en önskan om att hjälpmedlet inte behövs längre.

Om det blir bättre kanske jag inte behöver den (A)

Men än så länge så behöver ja den, fast när ja e 40 då kanske ja inte har den längre (E).

Det kan också vara så att deltagarna ser att behovet av hjälpmedlet ökar framöver utifrån att levnadsvillkoren ändras och möjligheten till delaktighet påverkas.

För det blir ju ännu svårare när jag kommer å flytta hemifrån (B).

Metoddiskussion

Tillvägagångssättet att gå via kontaktpersoner för att få tag på intresserade deltagare innebar många olika kontakter och var delvis tidsödande. Tillvägagångssättet valdes bland annat med hänsyn till att författaren inte hade tillgång till uppgifter om vilka personer som kunde komma ifråga för studien. Det viktigaste skälet var dock ett etiskt ställningstagande för att beakta kravet på konfidentialitet och för att de presumtiva deltagarna, utifrån sin funktionsnedsättning, hade svårigheter att ta ställning till en generell förfrågan från en för dem okänd person (Kylén, 1981). Utifrån detta anses det valda tillvägagångssättet ändå vara det mest lämpliga.

Intervju som form kräver att deltagaren har förmåga att till viss del generalisera, minnas och sammanfatta. Det kan innebära svårigheter för en person med utvecklingsstörning (Kylén, 1981, Granlund & Bond 2000). Vid intervjuer med personer med utvecklingsstörning kan berättandet underlättas om metoder används som stödjer förmågan att komma på, hålla fokus och strukturera (Gatu, 2003; Lindström & Wennberg 2004, Wennberg, 1996). Det har då visat sig att personerna kan och vill berätta om sin upplevelse av delaktighet och självständighet (Arvidsson & Johnsson, 2006; Gatu, 2003; Kjellberg, 2002; Lindström & Wennberg, 2004; Wennberg, 1996,).

Intervju som insamlingsmetod var användbar i denna studie utifrån syfte och frågeställningar. Den strukturerade intervjuguiden med stödfrågor var ett gott stöd. Det hade dock varit bra att informera samtliga deltagare om att de skulle ha med sig sitt hjälpmedel vid intervjun, då det underlättade berättandet. Övervägande delen av

deltagarna kunde dock tydligt beskriva sin användning, hur de upplevt förskrivningsprocessen och hur de tyckte att det fungerade idag jämfört med innan hjälpmedlet.

Intervjuerna skedde på olika platser utifrån personernas önskemål, vilket var ett etiskt ställningstagande för att underlätta för deltagarna och ge möjlighet till ett eget val. Vid några intervjutillfällen påverkade det möjligheten att skapa en lugn och avskild intervjuplats, vilket kan ha påverkat resultatet. Trots detta anser författaren att värdet av att deltagaren fick välja plats var stort.

Vid några intervjuer var förälder eller förskrivande arbetsterapeut närvarande, på deltagarens uttryckliga önskemål. Detta beslut togs med hänsyn till den etiska principen om samtycke och utifrån respekt för deltagarnas starka önskemål (Fsa, 2005; Townsend, 2002). Närvaron kan naturligtvis ha påverkat resultatet men i båda fallen var anhörig och arbetsterapeut med enbart som moraliskt stöd och gav vid ett fåtal tillfällen verbalt stöd till deltagaren på dennes förfrågan.

Resultatdiskussion

Vikten av att vid en intervention utgå ifrån en situation som personen själv identifierat som problematisk och viktig att åtgärda betonas i litteraturen (Arvidsson & Jonsson, 2006; Lindström & Wennberg, 2004; Granlund et al, 1995; Scherer, 2005; Svensk, 2001; Reimer-Reiss & Wacker, 2000). Det var därför intressant och för författaren ny kunskap att så många tog initiativ till förskrivning själv. Två vägar utkristalliserade sig: de som sett någon annan använda ett hjälpmedel och de som presenterade sitt problem för att få förslag på lösning. Båda sätten kräver insikt i de problem man upplever med delaktigheten i vardagsaktiviteter och en förmåga att verbalisera detta vilket kan

förorsaka svårigheter för personer med lindrig utvecklingsstörning (Kylén, 1981). Det är inte så vanligt att brukaren själv föreslår ett kognitivt hjälpmedel. Det ligger dock väl i linje med ett klientcentrerat arbetssätt och kräver att arbetsterapeuten ser brukaren som en jämbördig och inte låser sig vid en specialistroll (Townsend, 2002; Fsa, 2005).

Ett redskap för att identifiera delaktighetsinskränkningar är att ha skapa ett forum där brukaren får berätta och blir lyssnad på. Hur stor delaktigheten är vid ett sådant möte är bl a beroende av hur tydligt syftet är med mötet, vilka som är med och hur det anpassas till brukarens förutsättningar (Lindström & Wennberg, 2004). Övervägande delen av deltagarna i studien upplever en stor delaktighet vid mötet där deltagarnas behov av hjälpmedel diskuterades. Att det kan vara svårt att berätta om sina svårigheter kommer också fram. Det visar på vikten av att skapa en stämning där brukaren känner sig trygg och vågar beskriva sin situation.

Vikten av att brukaren får prova och experimentera med hjälpmedlet innan förskrivning, att de är med i val av hjälpmedel och känner sig ansvarig för hjälpmedlet betonas i litteraturen (Arvidsson & Jonsson, 2006; Svensk, 2001; Reimer-Reiss & Wacker, 2000).

Få deltagare i studien beskriver att de får prova något hjälpmedel innan det blir förskrivet. Oftast pratar man bara om de möjligheter hjälpmedlet kan ge. För de av deltagarna som redan har sett och provat det aktuella hjälpmedlet innan är det troligen inte ett problem men för de andra deltagarna blir valet av hjälpmedel en abstrakt företeelse (Kylén, 1981). Introduktion och information om hur man kan göra om något inte fungerar med hjälpmedlet är en annan del där delaktigheten kan ökas.

Introduktionen sker oftast genom att arbetsterapeuten visar hjälpmedlet. Det är oklart hur mycket brukaren själv får göra vid introduktionen. Det vanligast förskrivna hjälpmedlet i studien har många funktioner och inställningsmöjligheter och det

skriftliga material som medföljer har brukarna svårt att förstå. Kanske skulle ett anpassat skriftligt material bifogas för att öka delaktigheten (Granlund & Bond 2000; Göransson, 2004). Ingen av deltagarna beskriver någon plan för hur introduktionen. Det kan naturligtvis finnas en sådan men deltagarna har inte tagit den till sig eller fått den presenterad för sig.

Den sista fasen i förskrivningsprocessen är uppföljning. Ingen av deltagarna i studien har en inbokad tid för uppföljning. Vid den övervägande andelen intervjuer framkom önskemål om förändringar av inställningar eller byte av programvaror. En del av dessa behov uppkom under intervjun och en del hade deltagarna haft en längre tid. Alla deltagare vet vem som är förskrivare. Vid problem eller önskemål om förändringar provar en av deltagarna och tar kontakt om det behövs. Några deltagare som har fysiskt nära till arbetsterapeuten tar själva kontakt vid önskemål om förändringar. För flertalet deltagare verkar det dock inte ovanligt att behoven inte framkommer eller förs vidare så att de kan åtgärdas. Personer med utvecklingsstörning kan ha svårigheter att komma på och beskriva hur de skulle vilja ha det annorlunda (Kylén, 1981; Granlund & Bond 2000). Det ställer stora krav på personer som finns nära brukaren. Kjellberg (2002) beskriver att det är viktigt med den vardagliga supporten. Framför allt ställer det dock stora krav på arbetsterapeuten att göra uppföljningar och se till att de görs så att reella behov framkommer. Detta område behöver utvecklas för att säkerställa delaktighet och även ge evidens till insatsen att förskriva kognitiva hjälpmedel.

Den övervägande delen av deltagarna beskriver en ökad delaktighet i vardagssituationer med hjälpmedlet. Några beskriver dock att det finns begränsningar i delaktigheten vid

användning av hjälpmedlen. För några deltagare innebär det att de inte själva får lägga in aktiviteter i alla miljöer, en upplever sig vara tvungen att bli godkänd innan han får använda sitt hjälpmedel i andra miljöer och några deltagare får information om att de ska ta "en sak i taget" även om de påtalat ett annat behov. Detta aktualiserar frågor om makt och klientcentrering (Townsend 2002; Fsa, 2005). Hur kan vi arbetsterapeuter hantera detta på ett professionellt sätt? Det är en utmaning att omsätta den lagstiftning och etiska regler som finns till ett praktiskt hanterande i vardagen och få det att samverka med vårt professionella ställningstagande.

Diskussion av konsekvenser och implikationer

Denna studie är en av få där personer med utvecklingsstörning själva beskriver sin användning av hjälpmedel och delaktighet i vardagssituationer. Det är så vitt författaren vet, den första där förskrivningsprocessen för kognitiva hjälpmedel för personer med utvecklingsstörning beskrivs ur ett brukarperspektiv. Det är på så sätt ytterligare en byggsten i det arbete som behövs för att förstå hjälpmedelsanvändning ur ett brukarperspektiv. Denna studie baserar sig på tio personer. Det behövs fler studier med fler personer. Vidare behövs studier där perspektiv från personer med måttlig utvecklingsstörning och även andra kognitiva funktionsnedsättningar kommer fram. Erfarenheter av brukares perspektiv på delaktighet vid förskrivningsprocessen och användning av hjälpmedel i vardagsaktiviteter är en för alla arbetsterapeuter viktig kunskap. Studien kan vara ett underlag för framtida studier om hur delaktigheten ska kunna säkras vid förskrivning och användning och hur kartläggning, introduktion och uppföljning kan utformas för att bättre passa brukares behov.

Tack till min handledare Anette Kjellberg för klok, vänlig och positiv handledning.

Tack även till Handikapp & Habiliterings FOU-avdelning för ekonomiskt stöd.

Jag vill också tacka de arbetsterapeuter och andra yrkesverksamma som hjälpt mig få kontakt med intervjupersoner. Men mest vill jag tacka de personer jag mött och fått intervjuat: Tack för att jag fått dela era erfarenheter!

Referenslista

- Arvidsson G, Jonsson H (2006). The impact of time aids on independence and autonomy in adults with developmental disabilities. *Occupational Therapy International*;13 (3): 160-175.
- Backman J (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomquist U-B, Nicolaou I (2007). *Förskrivningsprocessen*. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Bond A (2002). *Internet- Anpassad informationsbearbetning för personer med utvecklingsstörning*. Stockholm: FUB:s forskningsstiftelse ala.
- Bond A, Danung S, Gatu K, Liljenberg M, Lindström E, Wihlborg-Rannek I.(2002). *Det spelar roll vilka bilder du väljer!* Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- DePoy, Gitlin (1998) *Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies*. S:t Louis: Mosby Inc.
- Doxner K, Kogner P (2004). *Handdatoren – hjälpmedel för personer med kognitiva funktionshinder*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Friberg F (2006) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- FSA, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: FSA.
- Gatu K (2003). *Enkla bärbara datorer för personer med utvecklingsstörning*. Mora: Landstinget Dalarna, FUB & Handitek.
- Granlund M, Bond A, Lindström E, Wennberg B (1995). *Assistive technology for cognitive disability*. *Technology and Disability* 4: 205-214.

- Granlund M (1996). Mentek - Ett utvecklingsprojekt om begåvningsstöd för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Granlund M, Bond A (2000). Förståelig information för personer med utvecklingsstörning. Perspektiv på kroppsfunktioner, aktivitet och delaktighet. Stockholm: FUB:s forskningsstiftelse ala och Mälardalens högskola.
- Göransson K, Hedman-Hallén L (1983). Hjälpmedel för begåvningshandikappade. Stockholm: Handikappinstitutet.
- Göransson K (2004). Brukaren som resurs. Utveckling av begåvningsstödjande hjälpmedel för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Hammel J, Lai J-S, Heller T (2002). The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status with people who are ageing with developmental disabilities. *Disability and rehabilitation* 24 (1/2/3): 93-105.
- Jacobsson H (1999). Hjälpmedlets möjligheter att kompensera nedsatt begåvning/kognition. Landstinget Dalarna.
- Jahlenius L (2005). Samordnad försörjning av produkter till människor med kognitiva funktionsnedsättningar. Kartläggning av problem och behov av samverkan. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Kielhofner G (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kjellberg A (2002). Participation – Ideology and Everyday Life. How to understand and experiences of persons with learning disabilities. [nummer 6:2002] Linköpings universitet. Sektionen för arbetsterapi.

- Kvale S (1997). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Kylén G (1981). Begåvning och begåvningshandikapp. Stockholm: Handikappinstitutet och FUB:s forskningsstiftelse ala.
- Lagren L, Wolf M (1999). Begåvningsstöd till barn och ungdomar med utvecklingsstörning. Projekt Pyramiden. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.
- Lindström E, Wennberg B (1999). Klara mera med begåvningsstöd. Stockholm: Stockholms Läns Landsting, omsorgsverksamheten.
- Lindström E, Wennberg B (2004). Grepp om livet; en väg till begåvningsstöd. [uttaget 2007 Jul 31]. Tillgänglig från: <http://www.hi.se/publikationer>
- Malterud K (2007). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur.
- Reimer-Reiss M, Wacker R (2000). Factors Associated with Assistive Technology Discontinuance Among Individuals with Disabilities. *Journal of Rehabilitation* July/August/September: 44-50.
- Scerer M (2005). Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disability and Rehabilitation* July (13): 731-739.
- SoS. (2003). Internationell Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa –ICF [uttaget 2006 okt 23].Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat>
- Svensk A (2001). Design av kognitiv assistans. [nummer 1:2001]. Lund: Certec.
- Townsend E editor (2002). Enabling Occupation – An Occupational Therapy Perspective. Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Wennberg B (1996). Säg det med en bild. Stockholm: Karolinska Institutet.

