

Stroke – arbetsterapi

Sammanfattning

Denna arbetsterapeutiska processbeskrivning bygger vidare på en generell processbeskrivning [1] som utgår ifrån occupational therapy intervention process model (OTIPM) [2] och avser att ge riktlinjer för den arbetsterapeutiska behandlingen för patienter som vårdas på strokeenheten Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). Patientgruppen innefattar vuxna personer med stroke samt transitorisk ischemisk attack (TIA). Stroke medför en ofta komplex problematik, med såväl fysiska, psykiska och emotionella konsekvenser, med stor inverkan på vardagen för den drabbade och närstående. Rehabilitering vid stroke behöver startas tidigt och bör erbjudas så länge patienten har behov av denna typ av insatser [3]. Syftet med arbetsterapeutisk rehabilitering efter stroke är att minimera långvarig funktions- och aktivitetsnedsättning och möjliggöra återtagande av roller och delaktighet i meningsfulla aktiviteter [4].

Sammanfattning.....	1
Förutsättningar	2
Strokeenhet Södra Älvsborgs Sjukhus	2
Evidens	2
Beskrivning av lokala, regionala och nationella styrdokument/riktlinjer	4
Genomförande.....	4
Inledning	4
Samverkan.....	11
Dokumentinformation	14
Referenser	15

Förutsättningar

För fördjupning av lagar och förordningar samt teoretiska referensramar hänvisas till den generella arbetsterapeutiska processbeskrivningen [1].

Strokeenhet Södra Älvsborgs Sjukhus

På strokeenheten arbetar man i multidisciplinära team som omfattas av en sjukhusövergripande process för strokevård med utgångspunkt i Nationella riktlinjer för vård vid stroke. I teamen ingår arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, sjuksköterska samt undersköterska. I arbetssättet ingår regelbundna teammöten samt en planerad och strukturerad utskrivning av patienter.

I enighet med Nationella riktlinjer [3] startar rehabilitering tidigt efter insjuknandet i stroke för att förhindra komplikationer och öka förutsättningarna för återhämtning. En första bedömning, innefattande utredning och mobilisering, startar så snart som möjligt med målsättning att samtliga patienter ska erhålla en första/initial bedömning inom 24–48 timmar under vardagar. Under helgdag görs ingen bedömning utan bedömning får ske nästkommande vardag. Direktinläggning på strokeenhet eftersträvas men i de fall vårdplats på strokeenhet inte kan erbjudas efterföljs rutin för sidoplacerade patienter. Arbetsterapeutisk bedömning vid vård på annan avdelning sker efter kontakt med neurologläkare som ringer arbetsterapeut/fysioterapeut på jourtelefon med anknytning 1420 och förmedlar sin initiala bedömning.

För utförligare beskrivning av vård på strokeenhet och team på strokeenhet hänvisas till Nationella riktlinjer [3], vårdförlopp Stroke och TIA tidiga insatser och vård [5], vårdförkopp stroke och TIA fortsatt vård och rehabilitering [6] samt styrdokument Stroke-TIA, SÄS [7].

Evidens

Nationella riktlinjer [3] ger vetenskapligt stöd för vård, innefattande rehabilitering, på strokeenhet. Hälso- och sjukvården bör erbjuda inläggning på strokeenhet som första vårdenhet till personer med misstänkt stroke (prio 1) samt erbjuda vård på strokeenhet till personer med stroke (prio 1). En sammanhållen strokevårdprocess på en strokeenhet, det vill säga en akut vård kombinerad med rehabilitering minskar dödligheten och funktionsnedsättningar samt andra strokerelaterade komplikationer hos personer som insjuknat i stroke.

Rehabilitering startar på strokeenhet och kan därefter ske i olika former, till exempel på sjukhus, i hemmiljö eller inom primärvården. Var den

fortsatta rehabiliteringen sker beror på patientens behov, förutsättningar och mål. Fortsatt multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård bör erbjudas till personer med måttlig till svår stroke som har stort kvarvarande rehabiliteringsbehov samt kvarstående omvårdnadsbehov, direkt efter vård på strokeenhet vid nedsatt ADL-förmåga, ökad risk för fall efter stroke (prio 2). Tillståndet anges ha stor svårighetsgrad och åtgärden bättre effekt på funktions- och aktivitetsförmåga, jämfört med andra former av rehabilitering. Det vetenskapliga underlaget för denna åtgärd är otillräckligt men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Personer med lindrig till måttlig stroke bör erbjudas tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroketeam både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön (prio 2). Stöd finns för att åtgärden innebär att färre avlider eller blir beroende av hjälp med personlig ADL samt förbättrad förmåga att klara aktiviteter i och utanför hemmet.

Uppgiftsspecifik träning syftar till att förbättra och upprätthålla funktions- och aktivitetsförmåga hos personer som insjuknat i stroke. Den uppgiftsspecifika träningen anpassas efter individens specifika problem och mål, och inriktas på de uppgifter och aktiviteter som är relevanta och meningsfulla för personen. Träningen kan bestå av aktiviteter i det dagliga livet (ADL) eller arm- och handträning i aktivitet samt annan träning av funktioner som underlättar ADL. Det är ofta en fördel om träningen kan ske i den egna miljön, men den kan påbörjas redan i den akuta slutenvården. Uppgiftsspecifik träning (prio 3) kan ha stor effekt på motorik, gångförmåga eller ADL-förmåga.

Arbetsterapeuten har kunskap om anpassning av omgivningsfaktorer för att öka aktivitet och delaktighet. Vid nedsatt ADL-förmåga efter stroke har anpassning av omgivningsfaktorer en positiv effekt på aktivitetsförmåga och delaktighet (prio 2). Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Kognitiva svårigheter är vanligt förekommande efter stroke.

Arbetsterapeuter kan medverka i att utreda och träna dessa nedsättningar i vardagens aktiviteter. Nationella riktlinjer ger stöd för att erbjuda träning i att använda kompensatoriska tekniker till personer med nedsatt minne efter stroke (prio 3), samt träning i kompensatoriska tekniker för att öka problemlösningsförmåga och exekutiv förmåga efter stroke (prio 3). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärderna har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

För utförligare beskrivning av prioriteringsordning, åtgärderna samt det vetenskapliga underlaget hänvisas till Nationella riktlinjer [3].

Beskrivning av lokala, regionala och nationella styrdokument/riktlinjer

Den arbetsterapeutiska processbeskrivningen för arbetsterapeutisk utredning och rehabilitering på strokeenhet är förankrad i:

1. Lokala riktlinjer på Södra Älvsborgs Sjukhus och regionala medicinska riktlinjer som innefattar beskriven patientgrupp [7]

[Stroke/TIA - Södra Älvsborgs Sjukhus](#)

2. Nationella riktlinjer för vård vid stroke [3]

[Nationella riktlinjer för vård vid stroke](#)

3. Vårdförlopp stroke och TIA [5, 6]

[Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - 1177 för vårdpersonal](#)

[Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering - 1177 för vårdpersonal](#)

Genomförande

Inledning

Vad?	Hur?
Inkommande ärende	Initieras via översyn av beläggningslistor och journal eller via muntlig information från avdelningssköterska eller läkare. För patienter med stroke placerade på annan avdelning än strokeenhet sker överrapportering till arbetsterapeut med strokekompetens enligt lokal rutin för sidoplacerade patienter. Samtliga patienter med misstänkt/konstaterad stroke eller TIA skall bedömas av arbetsterapeut.
Prioritering	I enighet med processens målsättning om bedömning av arbetsterapeut inom 24–48 timmar prioriteras utredning av nyinsjuknade patienter med misstänkt/konstaterad stroke/TIA före patienter med kvarstående rehabiliteringsbehov. Vid hög belastning prioriteras bedömning av stroke framför bedömning av TIA.

Occupational Therapy Intervention Process Modell (OTIPM)




Nedan tabell är en förenkling av OTIPM. För den faktiska illustrationen med beskrivning hänvisas till Powerful Practice av Fisher och Marterella [2].

I korthet består modellen av de tre faserna utredning och målformulering, intervention och utvärdering. Varje fas innehåller i modellen olika rutor som beskriver vad arbetsterapeuten gör i varje del av processen. När det finns en pil mellan olika rutor indikerar detta att man arbetar sig igen de delarna stegvis. När det inte finns pilar använder arbetsterapeuten sitt kliniska omdöme och aktivitetscentrerade resonemang för att gå vidare i den ordning som bedöms lämpligast.

Genom hela processen verkar arbetsterapeuten för att utveckla en terapeutisk relation och arbeta tillsammans med klienten.

Genom hela processens faser kan arbetsterapeuten fatta beslut om att fortsätta eller avsluta insatserna. Arbetsterapeuten kan även vid behov gå tillbaka till tidigare steg i processen.

Fas för utredning och målformulering		
Vad?	Hur?	Dokumentation
Samla inledande information		
Förstå det komplexa förhållandet mellan klienten aktiviteter och situationsspecifika sammanhang	Aktivitetsfokuserad intervju med klient och/ eller närstående sker alltid under de första 1–2 dagarna. Som intervjuguide kan de interna dokumenten ”aktivitetsanamnes” eller ”aktivitetsutredning” användas.	Aktivitetsanamnes Aktivitetsutredning (Funktionsutredning) Omgivningsutredning
- Vilka aktiviteter som klienten identifierar som styrkor och problem		
- De situationsspecifika sammanhangen för klientens aktiviteter	Identifikation av individuella meningsfulla aktiviteter påbörjas vid den första intervjun och kan därefter utifrån behov kompletteras i samtal och med formella och informella bedömningsinstrument.	
- Klientens grad av delaktighet i samhället		
- Klientens önskade resultat		
- Vilka aktivitetsutföranden som klienten vill prioritera	Exempel på instrument: Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [8] ADL-taxonomin [9]	
Klienten kan vara - En individ - En klientkonstellation	Ta del av befintlig dokumentation och eventuell rapport från annan vårdgivare/ profession.	

<ul style="list-style-type: none"> - En klientgrupp - En organisation - Ett samhälle 		
Genomföra utförandeanalys		
Observera kvaliteten på klientens aktivitetsutförande	Observation i reella/ för klienten relevanta uppgifter. Om reella aktiviteter ej finns att tillgå bör det framgå att bedömning sker i	Aktivitetsutredning (Funktionsutredning) Omgivningsutredning
	konstruerad aktivitet och okänd miljö.	
Samla in klientens perspektiv på aktivitetsutförande (rapporterat perspektiv) (ses om kompletterande information som kan bidra med viktiga aspekter men som görs vid behov och om möjligt)	Vanligen genomförs informella observationer av patienten i aktivitet så som på-avklädning, hantera telefon, avläsa klockan, orientera sig på rummet/avdelningen.	
	Skattning av kvaliteten på utförandet:	
Bedöma kvaliteten på klientens aktivitetsutförande (observerat perspektiv)	- Hur var den övergripande kvaliteten - Vilka motoriska, process och sociala förmågor som var effektiva och vilka som var ineffektiva (ofta genom olika bedömningar)	
		
Avgöra omfattningen av skillnaden mellan de observerade och rapporterade perspektiven på aktivitetsutförande (ses om kompletterande information som kan bidra med viktiga aspekter men som görs vid behov och om möjligt)	Såväl formell som informell bedömning kan användas för att bedöma personlig vård och hemlivs aktiviteter. Exempel på instrument: ADL-Taxonomi [9] Utförandeanalys OTIPM appendix A [2]	
Slutföra utredning		
Sammanfatta fynden från utförandeanalys	Arbetsterapeuten gör en sammanfattande och konkret beskrivning av patientens aktivitetsutförande, delaktighet	Analys
- <i>Kvaliteten på klientens observerade aktivitetsutföranden</i>		

<p>- <i>Omfattningen av skillnaden mellan de observerade och rapporterade perspektiven</i></p>	<p>och de viktigaste upplevda aktivitetsproblemen.</p>	
<p style="text-align: center;">↓</p>		
<p>Slutföra (formulera) klientens aktivitetsfokuserade mål</p>	<p>Bedöms klienten vara i behov av arbetsterapeutisk intervention formuleras huvudmål och delmål tillsammans med klienten.</p> <p>SMARTa (Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska, Tidsatta) mål eftersträvas.</p> <p>Med utgångspunkt i tidigare samtal och observationer diskuterar arbetsterapeut och patient i samråd om patientens målsättning och behov av fortsatta arbetsterapeutiska åtgärder. Det är viktigt att utgångspunkt ligger i patientens målsättning för att öka motivation och delaktighet under behandlingsperioden.</p> <p>Av dokumentationen skall framgå att målformulering skett tillsammans med klienten, om inte anges orsak.</p>	<p>Mål samt om rehabiliteringsplan upprättas skriv i denna</p>
<p style="text-align: center;">↓</p>		
<p>Göra antaganden om orsakerna till klientens utmaningar i aktivitet</p>	<p>Utökad utförandeanalys</p> <p>Exempel på instrument som kan fördjupa tidigare utredning och analys:</p> <p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [10] Jamar [11] 9 håls pinnprov [12] Box&Blocks [13]</p>	

	Rivermead behavioural memory test (RBMT) [14] Självskattning mental trötthet (MFS) [15] Klocktest [16]	
Interventionsfas		
Vad?	Hur?	Dokumentation
Välja (en eller flera) praxismodell(er) och planera och genomföra intervention		
Modell för kompensation <i>- Aktivitetsbaserad och aktivitetsfokuserad adaptiv aktivitet för att kompensera för nedsatta färdigheter i utförande</i>	Kompensera för nedsatta färdigheter genom bl.a. hjälpmedel, strategier och utbildning av de som är involverade i implementering av kompensatoriska anpassningar. Denna modell innebär att lära ut alternativa/anpassade metoder av utförande, anpassa den fysiska och sociala miljön samt hjälpmedelsförskrivning, i syfte att främja aktivitetsutförande. I denna modell innefattas såväl <i>anpassning av omgivningsfaktorer</i> (prio 2) som olika former av <i>kompensatoriska tekniker vid till exempel nedsatt minne</i> (prio 3). Efter en stroke kan det vara svårt att utföra aktiviteter på samma sätt som man tidigare kunnat göra. För många patienter handlar det om att hitta strategier för att möjliggöra självständighet. Ett exempel på <i>alternativa/anpassade metoder</i> (prio 7) kan vara att lära in ett nytt sätt vid påklädning. <i>Hjälpmedelsförskrivning.</i> Innebär t.ex. att vid behov prova ut rullstolar och sittdynor samt	Åtgärd Använd underrubriker

	<p>ibland även enklare anpassning av rullstol. Som förebyggande för fallrisk kan åtgärden klassas som prio 3.</p> <p><i>Strategier för att hantera hjärntrötthet (FoU).</i></p> <p>Efter stroke beskriver många patienter en ökad trötthet. Information om hjärntrötthet samt övergripande strategier för att hantera tröttheten och kunna vara aktiv i meningsfulla aktiviteter lämnas vid behov muntligt och skriftligt. Vid längre rehabiliteringsperiod tränas strategier i aktivitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärden, men det pågår studier på området.</p>	
<p>Modell för utbildning och undervisning - <i>Aktivitetsfokuserade utbildningsprogram för grupper</i></p>	<p>Förmedla kunskap om aspekter av aktivitet och delaktighet samt strategier för att stödja aktivitet.</p> <p>Används för att ge praktisk handledning och träning för närstående/anhörig/personal (prio 3).</p>	
<p>Modell för att förvärva färdigheter i aktivitet - <i>Aktivitetsbaserad och aktivitetsfokuserad intervention för att förvärva eller återskapa färdigheter i utförande</i></p>	<p>Förbättra (förvärva eller återskapa) färdigheter i aktivitetsutförande. Exempelvis genom att bl.a. stödja val av tekniker, målsättning, gradering och i att skapa struktur som främjar lärande i aktivitet.</p> <p>Denna modell syftar till att patienten tränar i aktiviteter för att återfå eller utveckla sin aktivitetsförmåga i syfte att förbättra sin förmåga att utföra dagliga aktiviteter.</p>	

	<p><i>Aktivitetsträning</i> är exempel på uppgiftspecifik träning där patienten tränar i den aktivitet som hen vill klara (prio 3).</p> <p>Prioriterade aktiviteter inom slutenvården är ofta inom områdena personlig vård och hemlivsträning (prio 3). Träning kan även ske i delmoment av aktivitet för att öka delaktighet.</p>	
<p>Återställsmodell för förbättring av kroppsfunktioner och andra klientkomponenter</p> <p>- <i>Aktivitetsbaserad intervention för att återställa eller utveckla kroppsfunktioner och andra klientkomponenter</i></p>	<p>Förbättra (återställa, utveckla, bibehålla) underliggande funktioner genom att planera för och implementera aktiviteter som proximalt riktas mot kroppsfunktion och andra klientkomponenter.</p> <p>Denna modell innebär träning i aktivitet för att återfå eller utveckla kroppsfunktioner.</p> <p><i>Funktionsträning i aktivitet.</i></p> <p>Exempelvis korgflätning i syfte att träna handfunktion som krävs för utförande av flera vardagliga aktiviteter.</p> <p>Spela spel så som FIA, Solitär för att förbättra handstatuset.</p> <p>Uppgiftspecifik träning vid nedsatt motorisk förmåga (prio 3).</p>	
Utvärderingsfas		
Vad?	Hur?	Dokumentation
Genomföra utvärdering och fastställa resultat		
Avgöra om förändring skett	Utförandeanalys (formell/standardiserad eller informell)	Aktivitetsutredning Funktionsutredning Omgivningsutredning
- <i>Kvaliteten på klientens observerade utförande</i>		
- <i>Omfattningen av skillnaden mellan de observerade och rapporterade perspektiven</i>	Utgå från de bedömningar som gjordes vid den första bedömningen.	

- Klientens tillfredsställelse med aktivitet	<p>Observera och/eller intervju patienten kring hens utförande av uppgifter. Definiera nuläget och jämför det med utgångsläget och de mål som föregick intervention. I samråd med patienten fattas beslut om fortsatta åtgärder eller avslut av kontakten.</p> <p>Utvärdering av individuell målsättning görs genomgående under rehabiliteringsperioden och sammanställs i epikris.</p> <p>Alla patienter med diagnosen akut stroke registreras i Riksstrokes databas där uppföljning genomförs vid förbestämda tidpunkter och såväl regionala som nationella jämförelser görs.</p> <p>Processmål på gruppnivå följs löpande genom strokeprocessen SÄS</p>	
- Klientens grad av delaktighet i samhället		
↓		
Avgöra om klientens mål har nått eller om nya mål har identifierats		Utvärdering

Samverkan

Vad?	Hur?
Samverkan	<p>Vid behov av ytterligare arbetsterapi hos annan vårdgivare skall samverkan ske för att åstadkomma en oavbruten vårdkedja för patienten. Patienten har inom primärvården själv rätt att välja vårdgivare. Överrapportering sker i samråd med patienten till</p>

	<p>arbetsterapeut på den rehabiliteringsenhet som patienten valt. Om patienten är inskriven i hemsjukvården sker överrapportering i samråd med patient till arbetsterapeuten inom aktuell kommun. Överrapporteringen sker via epikris eller SAMSA enligt gällande styrdokument för Närvårdssamverkan [17] och kompletteras vid behov med telefonkontakt.</p> <p>Patientens status uppdateras kontinuerligt i SAMSA i planeringsfliken under vårdtiden allt eftersom rehabiliteringen fortskrider. Detta för att möjliggöra att kommun och primärvård ska kunna följa förloppet och kunna planera övertag av patienten. Se även gällande rutiner för SAMSA [18]. Vid mer komplicerat planeringsbehov initieras SIP och information delges i SIP underlaget och på SIP-mötet.</p> <p>Dokumenterad överenskommelse är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som bör användas i syfte att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Arbetssättet är under implementering och i överenskommelsen om God och nära vård beskrivs hur gemensam överenskommelse kan främja arbetet med personcentrering, samordning och kontinuitet i vården, som är ett av målen med vårdens omställning [19].</p> <p>Om inneliggande patient byter till rehabiliteringsmedicinsk avdelning sker muntlig överrapportering till ansvarig arbetsterapeut.</p> <p>Vid fortsatt rehabilitering i teamet Early supported discharge (ESD) sker muntlig och skriftlig överrapportering. Epikris skickas ej.</p> <p>Om kvarstående behov av rehabilitering efter utskrivning har patienten själv rätt att välja vårdgivare. Överrapportering sker i samråd med patienten till arbetsterapeut på den rehabiliteringsenhet som patienten valt. Överrapporteringen sker via epikris enligt</p>
--	--

	<p>gällande styrdokument för Närvårdssamverkan [17] och kompletteras vid behov med telefonkontakt.</p> <p>Patientens status uppdateras kontinuerligt i SAMSA under vårdtiden allt eftersom rehabiliteringen fortskrider. Detta för att möjliggöra att kommun och primärvård ska kunna följa förloppet och kunna planera övertag av patienten. Se gällande rutin för SAMSA.</p> <p>Epikris, Externa kontakter, Planering</p>
--	---

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Andrea Wängdahl leg. arbetsterapeut
Rehabcentrum arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Camilla Isakson, leg. arbetsterapeut
Rehabcentrum arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Charlotte Wassenius leg. arbetsterapeut, Fil. Dr.
Rehabmedicin arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Remissinstanser

Laila Tikka, 1:e arbetsterapeut
Rehabcentrum arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Lars Björk, enhetschef
Rehabcentrum arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Fastställt av

Malin Camper, verksamhetschef, VO neurologi, rehabilitering och nära vård.

Nyckelord

arbetsterapi, arbetsterapeut, stroke, rehabilitering

Referenser

1. Westberg A, Sundberg K, Wassenius C. Arbetsterapi – Generell processbeskrivning. Neurologi, rehabilitering och nära vård, Södra Älvsborgs Sjukhus [Internet]. Borås; 2024 [citerad 2024-11-26] Hämtad från: [Arbetsterapi - generell processbeskrivning](#)
2. Fisher A.G, Marterella A. Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Ft. Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions; 2019.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. [Nationella riktlinjer för vård vid stroke](#)
4. Barnes MP. Principles of neurological rehabilitation. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2003; 74 Suppl 4: iv3-iv7
5. Kunskapsstyrning. Stroke och TIA – tidiga insatser och vård [Internet]. Sveriges regioner i samverkan. [uppdaterad 230926; hämtad 250423]. Tillgänglig från: [Stroke och TIA – tidiga insatser och vård - 1177 för vårdpersonal](#)
6. Kunskapsstyrning. Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering [Internet]: Sveriges regioner i samverkan; [uppdaterad 230926; hämtad 250423]. Tillgänglig från: [Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering - 1177 för vårdpersonal](#)
7. Lokala riktlinjer på Södra Älvsborgs Sjukhus och regionala medicinska riktlinjer som innefattar beskriven patientgrupp. Tillgängligt från:
 4. [Stroke/TIA - Södra Älvsborgs Sjukhus](#)
8. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko, H, Pollock N. COPM Canadian Occupational Performance Measure: svensk version. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; femte reviderade upplagan; 2024
9. Törnquist, K. & Sonn, U. *ADL-Taxomin® - en bedömning av aktivitetsförmåga*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2022
10. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005;53:695–699.
11. HAKIR Nationell manual för mätning av rörlighet och styrka. Handkirurgiskt kvalitetsregister version 1, 2024 [Internet]
12. Kellor, M., Frost, J., Silberberg, N., Iversen, I., & Cummings R. (1971). Hand strength and dexterity. *American Journal of Occupational Therapy*, 25, 77-83.
13. Mathiowetz, V., G. Volland, et al. (1985). "Adult norms for the Box and Block Test of manual dexterity." *Am J Occup Ther* 39(3160243): 386-391
14. Wilson B, Cockburn J, Baddeley A. The Rivermead Behavioural Memory Test. Manual. Titchfield, Hants: Thames alley test Company; 1985. Svensk översättning av Larsson C. Umeå: Arbetsterapiavdelningen, Regionssjukhuset; 1990.
15. Johansson B, Starmark A, Berglund, Rödholt M & Rönnebeck L. A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain Inj*. 2010;24(1):2-12
16. Shulman et al. *The challenge of time. Clock drawing and cognitive function in the elderly*. *Int J Geriatr Psychiatry* 1986; 1: 135-140.
17. Delregional rutin för faxning till kommunal och regional primärvård i Södra Älvsborg vid utskrivning från Södra Älvsborgs Sjukhus [internet]. Borås: Närvårdssamverkan Södra Älvsborg; 2023. [uppdaterad 2023] [citerad 20250423]. Tillgänglig från: [Delregional rutin för faxning till kommunal och regional primärvård i Södra Älvsborg vid utskrivning från Södra Älvsborgs Sjukhus](#)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

18. Samverkan i Västra Götaland. Samordnad hälsa vård och omsorg [internet]. Göteborg: Gemensam information och tjänstesamordning. [citerad 20250423]. Tillgänglig från: [Samverkan i Västra Götaland](#)
19. Sveriges kommuner och regioner. Dokumenterad överenskommelse [internet]. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2025. [citerad 20250423]. Hämtad från: [Dokumenterad överenskommelse](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Innehållsansvar: Andrea Kristoffersson Wängdahl, (andwa24),
Arbetsterapeut

Granskad av: Andrea Kristoffersson Wängdahl, (andwa24),
Arbetsterapeut

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9630-14576379-203

Version: 8.0

Giltig från: 2025-05-15

Giltig till: 2027-05-15