

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik
Innehållsansvar: Charlotte Rydén, (chary4), Arbetsterapeut
Granskad av: Charlotte Rydén, (chary4), Arbetsterapeut
Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-23

Giltig till: 2028-04-22

Processbeskrivning vid förvärvad hjärnskada i arbetsför ålder – arbetsterapi

Sammanfattning

Denna arbetsterapeutiska processbeskrivning bygger vidare på en generell processbeskrivning [1] som utgår ifrån Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). Processbeskrivningen avser att ge riktlinjer för den arbetsterapeutiska behandlingen för patienter som rehabiliteras i hjärnskadeteamet (HS-teamet) på rehabiliteringsmedicin, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). Patientgruppen är personer med förvärvad hjärnskada i företrädesvis arbetsför ålder. Dokumentet beskriver arbetsterapeutens tillvägagångssätt gällande utredning, åtgärder och utvärdering samt hur arbetsterapeuten samarbetar med övriga professioner och aktörer i patientens vårdkedja.

En hjärnskada medför en ofta komplex problematik, med såväl fysiska, psykiska och emotionella konsekvenser, med stor inverkan på vardagen för den drabbade och närstående. Det finns stöd i Nationella riktlinjer för stroke [2] för att rehabilitering i såväl tidig som sen fas ger effekt. Syftet med den arbetsterapeutiska rehabiliteringen är att minimera långvarig funktions- och aktivitetsnedsättning och möjliggöra återtagande av roller och delaktighet i meningsfulla aktiviteter [3].

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	2
Förutsättningar.....	2
Genomförande.....	6
Utredning och målformulering	8
Intervention.....	13
Utvärdering.....	18
Samverkan	18
Referenser.....	21

Bakgrund och syfte

En arbetsterapeutisk processbeskrivning syftar till att förena klinisk praxis med teori i ett arbetsterapeutiskt ramverk och fungerar således som ett stöd för arbetsterapeuten när den individuella rehabiliteringsplanen utformas. En tydlig processbeskrivning förankrad i teoretiska antaganden och evidens utgör en viktig del av den grundläggande kvalitén i den arbetsterapeutiska verksamheten. På arbetsterapi, rehabiliteringsmedicin, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) används Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). OTIPM består av tre faser; utredning och målformulering, intervention samt utvärdering. För mer information se Arbetsterapi - Generell processbeskrivning [1].

Förutsättningar

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

Beskrivning av målgrupp

Med förvärvad hjärnskada menas en skada som inte är medfödd eller har uppstått under de första barnåren. De vanligaste

diagnosgrupperna är traumatisk hjärnskada, stroke, subarachnoidalblödning, hjärnskada efter syre-brist/anoxi samt infektion [3]. Stroke är ett samlingsnamn för kärlsjukdomar i hjärnan som ger upphov till akuta neurologiska symtom. Vid en stroke uppstår syrebrist i någon del av hjärnan, vilket leder till att hjärncellerna i detta område dör. Både av en blodpropp och av en blödning blir följden för den drabbade skador i hjärnan.[2] Traumatisk hjärnskada (THS) orsakas av direkt eller indirekt våld mot huvudet. Traumatisk hjärnskada delas in i tre svårighetsgrader vilka är lätt (där hjärnskakning ingår), medelsvår eller svår hjärnskada. [4] Traumatisk hjärnskada är en av de vanligaste orsakerna till neurologisk funktionsnedsättning och kan ge stora konsekvenser för den skadade [5]. Det finns en viss men inte fullständig koppling till svårighetsgraden av funktionspåverkan, samt aktivitets- och delaktighetsinskränkningar senare i förloppet. Detta medför att en person med lätt THS kan få långvariga svårigheter som påverkar funktion, aktivitet och delaktighet, medan en medelsvår THS inte behöver betyda långvariga besvär.[4]

Dessa patientgrupper har ofta, förutom fysiska funktionshinder, dolda problem som till exempel trötthet, ljud- och ljuskänslighet, nedsatt minnes-, uppmärksamhets- och koncentrationsförmåga som inverkar på vardagens aktiviteter. [6]

Arbetsterapeuten ingår i ett team som arbetar interdisciplinärt och personcentrerat, vilket innebär ett fast team som består av flera professioner och där patienten är en del av teamet. Teamet planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definierats tillsammans med patienten. Generell målsättning med hjärnskaderehabiliteringen är att ge förutsättningar för ökad livskvalitet genom att patienten lär sig strategier för att bättre kunna hantera motoriska och kognitiva nedsättningar och dess konsekvenser i det dagliga livet. Rehabiliteringsmedicin, dit aktuell patientgrupp tillhör, är ackrediterade enligt [CARF](#) [7]. CARF är en internationell, icke vinstdrivande organisation som kvalitetssäkrar verksamheter som

arbetar med rehabilitering. Att tilldelas denna ackreditering innebär att verksamheten håller hög kvalitet inom slutenvårds och dagrehabilitering. Exempel på områden som granskas är patientens delaktighet och information/utbildning till patienter och närstående, samordning i rehabiliteringskedjan, personalens kompetens och det intradisciplinära teamarbetet.

Inom hjärnskaderehabilitering ska enligt CARF standard följande områden följas. Dessa områden är fysiska, psykiska, sociala, språkmässiga funktioner, utbildning, omgivningsfaktorer och delaktighet. Se även [Standards Carf](#).

Beskrivning av lokala, regionala och nationella styrdokument/riktlinjer

Den arbetsterapeutiska processbeskrivningen för arbetsterapeutisk utredning och rehabilitering vid förvärvad hjärnskada är förankrad i:

- [Lokala riktlinjer på Södra Älvsborgs Sjukhus, se ”Teamrutiner HS”](#)
- [Nationella riktlinjer för vård vid stroke](#)
- [Traumatisk hjärnskada \(THS\) - 1177 för vårdpersonal](#)

Evidens

En systematisk review [8] visar på evidens för att arbetsterapeutiska insatser förbättrar den strokedrabbades förmåga att klara vardagliga aktiviteter vilket långsiktigt kan bidra till ökat välbefinnande för individen och minskade samhällskostnader. I dagsläget finns inga regionala och nationella riktlinjer för patienter med traumatisk hjärnskada. När det är tillämpligt följs regionala och nationella riktlinjer för stroke samt kunskapsstyrning för traumatiska hjärnskador. [2, 4]

Nationella riktlinjer [2] ger vetenskapligt stöd för vård och innefattande rehabilitering. Åtgärder som erhållit en hög prioritering i

nationella riktlinjer för stroke och kunskapsstyrning för traumatiska hjärnskador och berör arbetsterapi sammanfattas nedan.

Fortsatt multidisciplinär teambaserad rehabilitering i slutenvård bör erbjudas till personer med måttlig till svår stroke som har stort kvarvarande rehabiliteringsbehov samt kvarstående omvårdnadsbehov, direkt eftervård på stroke-enhet (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 konsensusför-farande. [2]

Grundläggande rekommendationer vid rehabilitering av traumatiska hjärnskador är: Uppgiftsspecifik träning, återträning av motoriska och kognitiva funktioner som påverkar aktivitetsutförandet i stor omfattning, vid behov introducera kompensatoriska strategier för ett förbättrat aktivitetsutförande och anpassningar av miljön för att möjliggöra aktivitet och delaktighet. [4]

Uppgiftsspecifik träning syftar till att förbättra och upprätthålla funktions- och aktivitetsförmåga. 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 arm- och handträning, balansträning, gångträning och andra aktiviteter i det dagliga livet (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 bör erbjudas personer (prio 3) med nedsatt motorik, gångförmåga eller ADL-förmåga [2].

Arbetsterapeuten har kunskap om anpassning av omgivningsfaktorer för att öka aktivitet och delaktighet. Vid nedsatt ADL-förmåga 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 och traumatisk hjärnskada. Arbetsterapeuter kan medverka i att utreda och träna dessa nedsättningar i vardagens aktiviteter. Nationella riktlinjer samt kunskapsstödder 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). Då mental trötthet är vanligt förekommande efter stroke är en individuell bedömning av behov och åtgärder viktig. Där träning av tillämpning av strategier i vardagen är en viktig del. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärderna har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. [2]

Enligt en studie av Ann Sörbo där patienter drabbade av svåra hjärnskador på grund av TBI och Stroke spelar tidig rehabilitering en viktig roll. Detta för att minska konsekvenserna av sjukdom eller skada. Det framkom även att patienter med specialistrehabilitering och långsiktig uppföljning återhämtade sig bättre än patienter som fick rehabilitering i senare skede [9].

För utförligare beskrivning av prioriteringsordning, åtgärderna samt det vetenskapliga underlaget hänvisas till Nationella riktlinjer samt kunskapsstyrning traumatisk hjärnskada [2, 4].

Genomförande

Vad?	Hur?
Inkommande ärende	Slutenvårdspatient: Inskrivning på avdelning initieras av läkare i teamet. Dagvårdspatient: Bedöms först av läkare som tar upp remisser gemensamt i teamet och om patienten ska kallas till kartläggning. När patienten kallas till kartläggningsperiod, avslutas den med en teambedömning där beslut tas om fortsatt rehabilitering ex dagrehab/Polikliniska hjärnskadeteamet eller remiss till rehabmottagning.

<p>Prioritering</p>	<p>Slutenvårdspatient: Bedömning påbörjas dagen efter ankomstdagen.</p> <p>Dagvårdspatient: Bedömning påbörjas första eller andra dagen.</p> <p>Alla patienter som skrivs in i HS-teamet ska bedömas och erhålla rehabilitering.</p> <p>Prioriteringsordning:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Åtgärder på omgivningsnivå som utprovning av hjälpmedel och hembesök prioriteras i första hand.2. Aktivitetsutredning/uppgiftspecifikträning där patienten med kortare vårdtid behöver prioriteras i första hand.3. Tillämpning av strategier för att hantera kognitiva nedsättningar och mental trötthet.4. Sinnesstimulering, psykisk/fysisk funktionsträning.
<p>Presentation av arbetsterapi</p>	<p>Slutenvård: Muntlig presentation av arbetsterapi ges till patient och/eller närstående vid första besöket. Visning av arbetsterapins lokaler sker när det blir aktuellt för patienten att lämna avdelningen.</p> <p>Dagvård: Muntlig information om arbetsterapi och introduktion till arbetsterapins lokaler sker vid första eller andra besöket under dagvårdsperioden.</p>
<p>Skapandet av terapeutisk allians</p>	<p>Vid första mötet med patient och/eller närstående påbörjas utvecklingen av en terapeutisk relation/arbetsallians. Relationen fördjupas under arbetsterapiprocessens gång. Effektiv formulering av utgångsläge, mål samt intervention kräver ett väl utvecklat samråd mellan arbetsterapeut och patient. Om patienten inte bedöms kunna delta aktivt definieras vem</p>

	<p>som ska föra patientens talan i de övriga stegen i arbetsterapiprocessen.</p> <p>Meliorsökord: Om patienten inte kan delta aktivt skriv administrativ anteckning om vem som för patientens talan</p>
--	---

Utredning och målformulering

Vad?	Hur?	Dokumentation
<p>Fastställa det klientcentrerade utförandesammanhanget.</p> <p>Dimensioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen (t.ex. roller, vanor, fysiska och psykiska funktioner) - Den fysiska miljön (t.ex. bostad) - Den sociala miljön (t.ex. människor, ekonomi och kultur) 	<p>Ta del av befintlig dokumentation från tidigare rehabiliteringsperioder.</p> <p>Samtal med patienten och/eller närstående.</p> <p>Samtalsstöd:</p> <p>Som stöd kan de interna dokumenten ”aktivitetsanamnes”, ”aktivitetsutredning” eller ”arbetsterapeutisk bedömning” användas.</p>	<p>Aktivitetsanamnes</p> <p>Demografiska data samlas in av patient eller anhörig, till nationellt register (SveReh).</p>
<p>Identifiera klientens rapporterade och prioriterade styrkor och problem med utförande av meningsfulla uppgifter.</p> <p>Fastställ aspekter i utförandesammanhanget som</p>	<p>Identifikation av individuella meningsfulla aktiviteter påbörjas vid det första samtalet och kan därefter fördjupas genom vidare samtal samt genom användande av intervjuinstrument och självskattning</p>	<p>Aktivitetsanamnes, Aktivitetsutredning, Funktionsutredning, Omgivningsutredning</p>

<p>stödjer respektive begränsar aktivitetsutförandet och/eller delaktigheten.</p>	<p>Instrument: Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [10]. Kan användas som stöd då man behöver förtydliga styrkor och svagheter i aktivitetsutförandet.</p>	
<p>Observera klientens utförande av prioriterade uppgifter och genomföra utförandeanalyser.</p>	<p>Vanligen genomförs informella observationer av patienten i reella aktiviteter som personlig vård, boende, fritid och ev. arbetsrelaterade uppgifter. Även formella instrument för bedömningar i aktivitet finns. Riskanalyser görs kontinuerligt där risker identifieras och om personen kan lämnas ensam. [4]. I bedömning av aktivitetsförmåga ingår hur kognitiva, kommunikativa, fysiska, emotionella nedsättningar och mental trötthet påverkar aktivitetsutförandet. [4]</p> <p>Vid svår traumatisk hjärnskada görs bedömning utifrån Ranchos Los Amigos (RLAS) scale gemensamt i teamet [11]. RLAS beskriver återhämtningsfaser baserat på</p>	

	<p>medvetandegrad, kognitiva funktioner och beteende. [4]</p> <p>Detta är sedan vägledande i förhållningsätt för att minska oro, sinnesstimulering och nivå av träning.</p> <p>Som stöd vid aktivitetsutredningen används Kognitiv rutin för att kunna identifiera kognitiva svårigheter och grad av medvetenhet vid utförandet av aktiviteter.</p>	
<p>Definiera och beskriva handlingar i uppgifterna som klienten utför och inte utför effektivt.</p>	<p>Instrument:</p> <p>FIM [12] Bedömning vid personlig vård, förflyttning och kognition.</p> <p>Assessment of work performance (AWP) [13]</p> <p>Formellt bedömningsinstrument för att bedöma aktivitetsförmåga framförallt i arbetsrelaterade uppgifter, kan även användas vid bedömning av andra aktiviteter. Bedömning av kommunikation, motorik och processfärdigheter.</p> <p>Aktivitetslogg för bedömning av aktivitetsmönster.</p> <p>Weekly calendar planning activity (WCPA) [14] Bedömning</p>	<p>Analys</p> <p>FIM [12] för slutenvårdspatienter, till nationellt register (SveReh).</p>

	av exekutiva förmågor i aktivitet.	
Formulera utgångsläget.	<p>Arbetsterapeuten gör en sammanfattande och konkret beskrivning av patientens aktivitetsutförande, delaktighet och de viktigaste upplevda aktivitetsproblemen.</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>	Analys
Analys av orsaker till aktivitetsbegränsning och/eller delaktighetsinskränkning.	<p>Analysen av patientens aktivitetsproblem tolkas, dokumenteras och diskuteras med patienten och teamet, för att få en bättre uppfattning om orsaken.</p> <p>Fysiska och psykiska nedsättningar samt omgivningsrelaterande faktorer som påverkar aktivitetsutförande kan</p>	<p>Aktivitetsutredning, Funktionsutredning, Omgivningsutredning Analys</p>

	<p>framkomma vid aktivitetsbedömning. För att närmare analysera orsaker görs vid behov en kompletterande utredning med formella bedömningsinstrument.</p> <p>Exempel på instrument:</p> <p>Fysiska funktioner:</p> <p>Grip-It</p> <p>9-håls pinnprov</p> <p>Box & Blocks</p> <p>Arat 2</p> <p>Psykiska funktioner:</p> <p>Checklista för nedsatta funktioner</p> <p>Screening av psykiska funktioner (MoCA) [15]</p> <p>RBMT-minnestest [16]</p> <p>Självskattning av mental trötthet (MFS) [17]</p>	
<p>Målformulering</p>	<p>Huvudmål och delmål formuleras tillsammans med patienten och ska vara aktivitetsbaserade. Delmålen bör vara mätbara och tidsbegränsade, de ska kunna uppnås under behandlingsperioden. Huvudmålet bör kunna uppnås</p>	<p>Mål</p>

	<p>under vårdtiden. Målsättning som kan uppnås på längre sikt beskrivs under “egna förväntningar i rehabiliteringsplanen.</p> <p>Målsättningen bestäms i samband med intagningsteamet under första behandlingsveckan. Teamet skriver tillsammans med patienten in målen i rehabiliteringsplanen som lämnas ut till patienten.</p> <p>Uppföljning av målsättningen görs kontinuerligt av rehabiliteringssamordnare under behandlingsperioden.</p> <p>Målsättning kan även dokumenteras i SAMSA om patienten är aktuellt för överrapportering</p>	
--	---	--

Intervention

Vad?	Hur?	
<p>Välj modell för intervention, planera och genomför intervention.</p> <p>En eller flera interventionsmodeller kan användas och vara direkt eller indirekt riktade mot för patienten meningsfulla</p>	<p>Välj en eller flera interventionsmodeller:</p> <p>Modell för compensation</p> <p>Denna modell innebär att lära ut alternativa/anpassade metoder av utförande, anpassa den fysiska och sociala miljön samt</p>	<p>Åtgärd</p> <p>Använd underrubriker</p>

<p>aktiviteter: Nedan beskrivna modeller löper ofta parallellt genom rehabiliteringsprocessen och inte i en linjär följdordning.</p> <p>Välj inlärningsteknik utifrån patientens förutsättningar och vad som ska läras in.</p>	<p>hjälpmedelsförskrivning i syfte att främja aktivitetsutförande.</p> <p>Hitta nya alternativa strategier för att möjliggöra självständighet inom personlig vård, hemliv och ev. fritid/arbete, trots funktionshinder.</p> <p>Hjälpmedel ordinerar och används framför allt för att kompensera för fysisk funktionsförlust och därigenom öka självständighet och delaktighet.</p> <p>Förändringar i den fysiska miljön sker oftast efter gemensamt hembesök tillsammans med primärvård/kommun. Arbetsterapeut i primärvård/kommun skriver intyg om bostadsanpassning.</p> <p>Kompensatoriska strategier vid psykiska funktionshinder såsom mental trötthet, insiktsbearbetning och kognitiv nedsättning. Vid mental trötthet tränas tillämpning av strategier som att avgränsa sig, hitta sätta att få hjärnvila och planera sin</p>	
--	---	--

	<p>dag. Vanligtvis används aktivitetslogg, föra dagbok/kalender och följa ett schema. Patienten ska avgränsa sig, anpassa tempo och ta ansvar i utförande av uppgifter. Kognitiv rutin används som stöd för att anpassa/tillämpa strategier för olika kognitiva funktionsnedsättningar. Graden av insikt är avgörande för vilken intervention som blir aktuell. Vid nedsatt insikt kan insikthöjande åtgärder vara aktuella innan interventioner kan genomföras.</p> <p>Förändringar i den sociala miljön kan ske genom att informera anhöriga/ vänner om balans mellan aktivitet och vila samt strategier vid kognitiva/fysiska nedsättningar.</p> <p>Modell för aktivitetsträning</p> <p>Modellen innebär att patienten tränar i uppgiftspecifika aktiviteter för att återfå eller utveckla sin aktivitetsförmåga. Syftet är att förbättra sin förmåga att utföra dagliga aktiviteter.</p>	
--	---	--

	<p>Exempel på aktiviteter är personlig vård, hemliv, fritid och arbete.</p> <p>Omsätta aktivitet i reell miljö som t.ex. praktiska hemuppgifter under permission eller helg. Även social träning i samhällsmiljö kan utföras t.ex. deltagande vid aktiviteter i samhället.</p> <p><i>Modell för funktionsträning</i></p> <p>Denna modell innebär träning i aktivitet för att återfå eller utveckla kroppsfunktioner.</p> <p>I guidningssituationer får patienten via det taktil kinetiska sinnet uppleva normalt rörelsemönster [18].</p> <p>Sinnesstimulering [19] påbörjas tidigt vid behandling av svåra hjärnskador. De fem sinnena stimuleras genom välkända föremål, rörelser, dofter och smaker. Ranchos Los Amigo Scale används gemensamt i teamet för vägledning beroende av nivå av medvetenhet [11].</p> <p>Vid svårare skador utförs kontrakturprofylax. Patienten</p>	
--	---	--

	<p>uppmuntras att arbeta med ett normaliserat rörelsemönster.</p> <p>Handortos och/eller kompressionshandske ordineras för att motverka komplikationer.</p> <p><i>Pedagogisk modell</i></p> <p>Denna modell utgår ifrån information och undervisning i grupp samt handledning.</p> <p>Anhöriga/personliga assistenter/personal kan erbjudas anpassad information om hjärnskada, deras uttryck och konsekvenser vid behov.</p> <p>Patienter kan erbjudas deltagande i samtalsgrupp Dialogen med inriktning på olika fokusområden.</p> <p>Avstämningsmöte med t.ex. försäkringskassa, arbetsgivare och arbetsförmedlingen syftar till att förmedla en bild av personens resurser och begränsningar r/t arbetsförmågan samt föreslå åtgärder.</p>	
--	---	--

Utvärdering

Vad?	Hur?
<p>Utvärdering</p> <p>Om mätbara utgångslägen och mål har dokumenterats möjliggör det att jämföra klientens utgångsläge med nuläget och på så vis fastställa om klienten nått sina mål eller gjort framsteg mot målen.</p>	<p>Observera patientens utförande av uppgifter, definiera nuläget och jämför med utgångsläge och mål. I samråd med patienten fattas beslut om fortsatta åtgärder eller avsluta kontakten. Vid behov av revision av mål och/eller ny intervention återupprepas arbetsterapiprocessen.</p> <p>Om COPM används ska målen utvärderas med COPM.</p> <p>FIM för slutenvårdspatienter och demografiska data för slutenvård- och dagvårdspatienter, till nationellt register (SveReh)</p> <p>Rehabiliteringsplan UT: Sammanfattning av rekommendationer, planerade insatser och kontakter skrivs i ett gemensamt formulär och lämnas ut till patienten vid utskrivning.</p>

Samverkan

Vad?	Hur?
<p>Samverkan</p>	<p>Vid behov av fortsatt arbetsterapi hos annan vårdgivare skall samverkan ske för att åstadkomma kontinuitet för patienten. Överrapportering sker vanligen via epikris enligt gällande styrdokument för Närvårdssamverkan [20] och kompletteras vid behov med telefonkontakt. Samverkan sker alltid i samråd med patienten och/eller anhöriga och patienten har själv rätt att välja vårdgivare. Samverkan sker oftast till</p>

	<p>kommun/primärvård/vuxenhabilitering/polikliniska hjärnskadeteamet.</p> <p>Vid behov av insatser i hemmet eller fortsatt rehabilitering kommuniceras samverkan skriftligt via SAMSA.</p>
--	--

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Charlotte Rydén, leg. Arbetsterapeut
Rehabmedicin arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Emelie Roos, leg. Arbetsterapeut
Rehabmedicin arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Johanna Floberg, leg. Arbetsterapeut
Rehabmedicin arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Remissinstanser

Lars Björk. Enhetschef
Rehabmedicin arbets- och fysioterapi
VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Nyckelord

arbetsterapi, arbetsterapeut, förvärvad hjärnskada, arbetsför ålder,
rehabilitering

Referenser

5. 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
6. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid stroke; 2020.
7. Bergvall M-J. Rehabilitering inom hälso- och sjukvård, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, 2018.
8. Traumatisk hjärnskada (THS) - 1177 för vårdpersonal
9. Socialstyrelsen, Rehabilitering för vuxna med traumatisk hjärnskada; 2019.
10. Maaijwee N A M M, et al. Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. *Nat Rev Neurol.* 2014;10(6):315–25.
11. CARF International, www.carf.org, Commission on the Accreditation of Rehabilitation Facilities
12. Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman JRF, Corr S, Donkervoort M, Edmans J, Gilbertson L, Jongbloed L, Logan P and others. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: Systematic review of randomised trials. *BMedical J.* 2007;335(7626):922–925.
13. Sörbo A. Outcome after modern neurosurgical care and formalised rehabilitation following severe brain injury. Göteborgs universitet; 2010.
14. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). Canadian Occupational Performance Measure. Svensk version. Nacka: FSA; 1998.
15. Godbolt A, Tengvar C, Borg J. Ranchos Los Amigos Kognitionsskala – Reviderad; 2009.

16. Functional Independence Measure (FIM). Uniform Data System for MediCAL Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc. Svensk version 5.0. 1996.
17. Sandqvist J. Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP). Akademisk avhandling, Linköpings universitet, Hälsouniversitet. Institutionen för samhälls och välfärdsstudier, Linköping; 2007.
18. Toglia J. Veckoplanering i kalender – aktivitetsbaserat test av exekutiva funktioner (WCPA-SE). Svensk version 1.0. Janeslätt G, Donlau M, Lidström Holmqvist K, översättare. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2017.
19. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Version 7.0 [citerad 2020-08-26] Tillgänglig från: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Swedish.pdf>
20. 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.
21. Johansson B, Starmark A, Berglund, Rödhalm M & Rönnebäck L. A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain Inj.* 2010;24(1):2-12.
22. Affolter FD. Perception, interaction and language. Springer-Verlag Berlin; 1991.
23. Bosåen J. Affolter-konceptet i praksis med slagrammede. *Ergoteraputen* 2000;3:16–21.
24. Delregional tillämpning gällande information som dokumenteras i IT-tjänsten SAMSA vid slut- och öppenvårdsprocess.pdf
25. Delregional tillämpning gällande in- och utskrivning i slut- och öppenvårdsprocess.pdf.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Innehållsansvar: Charlotte Rydén, (chary4), Arbetsterapeut

Granskad av: Charlotte Rydén, (chary4), Arbetsterapeut

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9630-14576379-21

Version: 6.0

Giltig från: 2026-04-23

Giltig till: 2028-04-22