

Arbetsätt för val av intervention vid kognitiv nedsättning

Bakgrund

Vid start av uppdraget som så småningom ledde till denna rutin gjordes en grundlig evidenssökning inom området. Vid denna påträffades två källor där man bearbetat den evidens som fanns framtagen och gjort evidensen mer praktiskt användbar bland annat i form av beslutsträd (ACRM cognitive manual och INCOG guidelines for cognitive rehabilitation). Detta material sammanställdes och översattes till egna beslutsträd för områdena: uppmärksamhet, neglekt, minne, informationsbearbetning (nytt) och exekutiv funktion. Nästa steg mot en rutin var att bearbeta materialet vidare för att passa i den aktuella kontexten på SU, strokeenheter samt rehabiliteringsmedicin. En grupp med syfte att ta fram en rutin bildades därför med Ann Björkdahl som huvudansvarig för processen samt representanter för fysioterapi och arbetsterapi från samtliga aktuella enheter på SU. Implementeringen av rutinen sker genom föreläsning/presentation av rutinen samt workshops kring praktisk användning i mindre grupper på de olika enheterna.

Metod för val av intervention vid kognitiv nedsättning

Beslutsträd

Nedan visas ett beslutsträd som är generellt för samtliga kognitiva funktioner. Rutinen innehåller därefter korta punkter utifrån numrering i beslutsträdet. Därefter följer sedan specifika beslutsträd för funktionerna: Uppmärksamhet, Neglekt, Minne, Informationsbearbetning och Exekutiv funktion innehållande de specifika evidensbaserade interventionerna för respektive funktion. Interventionerna finns kort beskrivna under varje funktions beslutsträd.

I flödet finns tre frågor att besvara vilka är grunden för val av intervention. Dessa frågor går lätt att besvara om man följt rutinen för *bedömning vid kognitiv nedsättning* och handlar om ifall den drabbade personen har medvetenhet om sina nedsättningar, om inlärningsförmåga finns samt hur svår nedsättningen är.

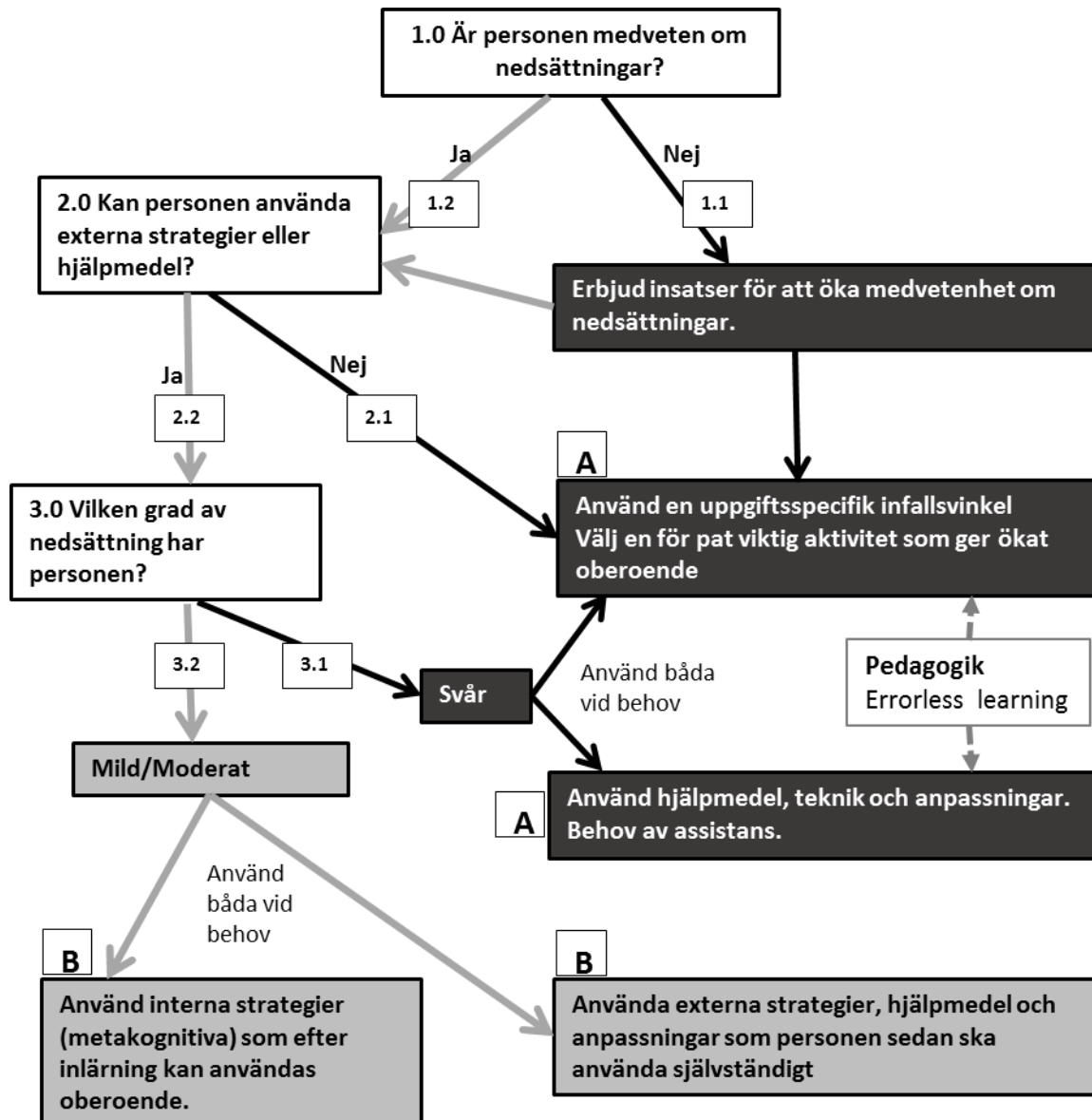
Kortfattat bedöms **medvetenhet (punkt 1.0)** genom att observera patienten i aktivitet och då notera om patienten uppmärksammar när problem uppstår, om patienten försöker att justera eller fråga om hjälp och om personen tar lärdom av tidigare problem och försöker undvika detta i liknande senare situationer under aktiviteten. För bedömningen görs även jämförelser av den beskrivning patienten ger av sin förmåga och det som observerats.

Gällande **inlärningspotential (punkt 2.0)** undersöks om patienten tar lärdom av tidigare situationer samt om denne tar till sig och drar nytta av ledtrådar från terapeuten (dynamisk bedömning/intervention). Även genom att praktiskt pröva enklare inlärning som användande av hjälpmedel (ex rollator inkl bromsning och förflyttningsteknik) får man information till denna punkt.

Vid bedömning av **svårighetsgraden på den aktuella nedsättningen (punkt 3.0)** är utgångspunkten i vilken utsträckning nedsättningen utgör ett stort hinder för fungerande och begränsar möjlighet att lära in strategier och nya sätt att utföra aktiviteter. Exempelvis är en grav minnesnedsättning ett stort hinder för att komma ihåg mellan gångerna och lära in nytt. Vid en grav uppmärksamhet åt ena sidan (neglekt)

är patienten inte alls medveten om att det kan finnas något åt den sidan där ouppmärksamheten finns, varför det är svårt att nå en ökad medvetenhet och använda kompensation. På liknande sätt ger alltför stor nedsättning, på samtliga områden, begränsad möjlighet för patienten att göra egen kompensation varför ansvaret för detta behöver ligga på någon annan person.

Generellt beslutsträd



Följ flödet i beslutsträdet så som beskrivs nedan!

- 1.0** Ta ställning till om medvetenhet gällande den kognitiva nedsättningen finns. (Gå in i rutin för bedömning av kognitiv nedsättning för detaljerad beskrivning av hur detta görs, liksom bedömning av inlärningspotential, dynamisk bedömning)
- 1.1. Vid **nej**, bristande medvetenhet: Planera för insiktshöjande intervention
 - 1.2. Vid **ja**, gå vidare i flödesschemat och bedöm punkt 2.0.
- 2.0** Ta ställning till förmåga till inläring utifrån dynamisk bedömning och genom att praktiskt pröva inläring av förflyttningsteknik, hantering av hjälpmedel, e dyl.
- 2.1. Vid **Nej**, nedsatt inlärningsförmåga samt nedsatt medvetenhet trots att insiktshöjande intervention gjorts, välj interventioner utifrån A, den "svarta sidan". Aktuellt då är ***uppgiftsspecifik träning** av för patienten viktig aktivitet eller aktivitet som tydligt kan förändra behov av assistans eller självständighet. *** Anpassning av aktivitet eller miljö.** *** Teknik och hjälpmedel** som annan person ställer in. *** Ledning av annan person** i det som ska göras.
 - 2.1.1. Pedagogisk metod är viktig och företrädesvis ska här användas **Errorless learning** (se detaljerad beskrivning).
 - 2.2. Vid **JA**, god inlärningsförmåga och god medvetenhet om nedsättningar gå vidare till punkt 3.0 där nedsättningens svårighetsgrad avgör val av intervention.
- 3.0** Värdera svårighetsgrad för nedsättning och följ flödesschemat för val av lämplig intervention.
- 3.1. Vid **svår** nedsättning såsom grava minnesproblem, gravt neglekt, oförmåga att planera och organisera etc. välj intervention enligt **A**, för respektive nedsättning (såsom punkt2.1).
 - 3.2. Vid **mild eller moderat** nedsättning, god inlärningsförmåga samt god insikt klarar patienten att *självständigt kompensera* för sin nedsättning genom användande av *interna eller externa strategier*, **B**. Självklart kan även anpassningar (A) göras och t ex vid nedsatt exekutiv funktion behöver dessa erbjudas praktiskt konkret av arbetsterapeut då detta är grunden för att en strategi sedan självständigt ska kunna användas utifrån den givna strukturen. Även uppgiftsspecifik träning (A) kan genomföras för sådana aktiviteter som ska ske automatiskt och rutinmässigt.

Insiktshöjande åtgärder

- Definiera vad vi vill öka medvetenhet om: förändring sedan innan sjd/skada? Konsekvenser av nedsättning? Risker? Vilka problem som finns? Vilka strategier som kan behövas? Vilket stöd som behövs?

- Det finns modest evidens för nytta av feed-back interventioner genom; samtal om problem, diskrepans mellan skattning och utförande, identifiering av styrkor ochsvagheter, direkt konkret feed-back under aktivitet, video feed-back
- Exempel på ytterligare sätt för insiktshöjande åtgärder: Feed-back från omgivning, (närstående, grupp, medpatienter). Rollbyte (Agera som närstående till någon som har rollen som pat och uppvisar problemen). Ge ospecifica ledtrådar för att upptäcka problem/fel. (Ge pat chans att med hjälp av ledtrådar själv komma fram till vad som är problem.)

Bäst resultat får interventionen om feed-back ges i direkt anslutning till att problemen uppstår i en verklig situation. Vid insiktshöjande intervention är det därför lämpligt att för ändamålet genomföra någon aktivitet som pat helst själv väljer och som är betydelsefull för pat.

- Terapeuten ska vid denna intervention:
 - Skapa situationer, erbjuda olika arenor att få prova i.
 - Direkt uppmärksamma problem och påpeka och uttala vad som är problem.
 - Konfrontera. Ta upp problemet och resonera kring det.
 - Få patienten att reflektera – ge ledtrådar, fråga för att leda mot egna slutsatser,
 - Göra skattning inför och efter aktivitet. Reflektera kring skattning.
 - Använda kända aktiviteter för att möjliggöra jämförelser med tidigare fungerande.
 - Tydliggör vad som förväntas för att kunna reflektera kring utförandet efteråt.
 - Våga invänta så att problemet hinner uppstå för att möjliggöra förståelse.
 - Använda aktiviteter som betyder mycket för patienten så att det inte så lätt går att avfärda problem som uppstår. Understödd hemgång lämpligt för att kunna få fram lämpliga aktiviteter.

Omfattning för insiktshöjande åtgärder

Besluta i team om tidsperiod för insatsen. För att kunna ge effekt behöver interventionstillfällena helst ligga varje dag och omfatta omkring 10 tillfällen. Efter denna period görs utvärdering av effekten. Utan effekt fortsatt med interventioner enligt **A**. Ses ökad medvetenhet fortsatt följa beslutsträd från punkt 2.0.

Vid kortvårdtid bör man påbörja denna träning även om man inte hinner 10 tillfällen då detta i alla fall kan ge underlag för planering av fortsatt rehabilitering.

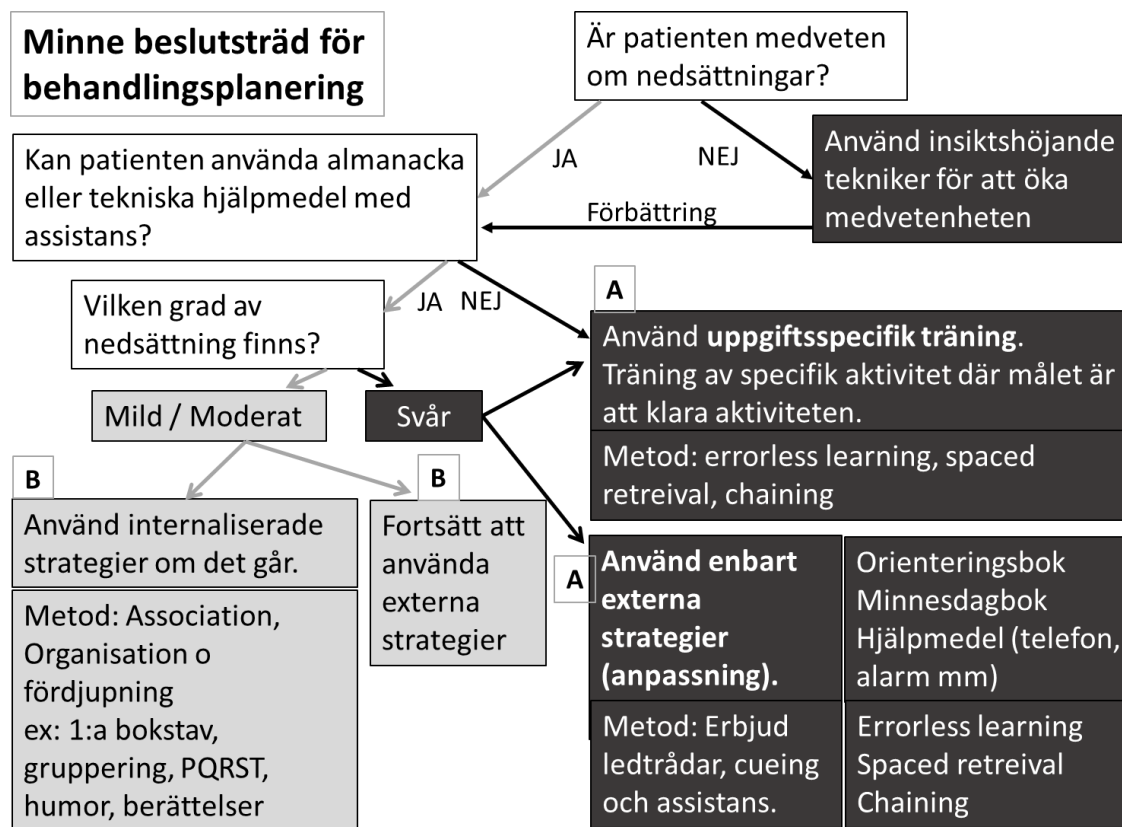
Interventioner vid respektive kognitiv nedsättning.

Beroende på grad av medvetenhet om nedsättningar, inlärningspotential och nedsättningens svårighetsgrad resulterar rekommendationerna för åtgärder i två olika typer:

- **Stöd av annan person** genom anpassningar, programmering av hjälpmedel och teknisk apparatur, vägledning samt uppgiftsspecifik träning. (Svarta rutor)
- **Självständig kompensation** genom användande av interna eller externa strategier. (Grå rutor)

Minne - Evidensbaserade interventioner enligt beslutsträd

Nedanstående bild visar beslutsträd gällande minne. Jämfört med det grundläggande beslutsträdet är detta, helt detsamma, men har även inlagt de specifika interventioner som gäller för minnesfunktionen. Gör först bedömning av medvetenhet punkt 1.0. Följ flödet vidare vid ja-svar till punkt 2.0 och 3.0 för att till slut nå antingen A- eller B-alternativet för evidensbaserade interventioner lämpade för aktuell patient. Om svaret vid 1.0 blir nej ska alltid interventionen i första hand handla om insiktshöjande åtgärder, om inte detta har provats utan framgång tidigare. Är detta gjort resultatlöst kan man direkt gå vidare till interventioner enligt A.



- A)** -*Uppgiftsspecifik träning* genom att repetitivt träna/nöta in olika aktiviteter såsom personlig vård, göra frukost, förflyttning mm. Här tränas en aktivitet som är viktig för patienten för att bli mer oberoende eller tillfreds. Det som tränas är just den önskade aktiviteten och under de förutsättningar som är aktuella för aktiviteten. Denna träning kompletteras ofta med olika typer av anpassningar av miljö eller aktivitet. Det tränade är inte tänkt att kunna generaliseras till andra situationer.

Följande är externa strategier dvs anpassningar och stöd som visat evidens för att förbättra fungerande genom att kompensera för nedsatt minnesfunktion:

-*Orienteringsbok*. För personer med svår minnesnedsättning med syfte att hjälpa personen att få lite mer kontroll över sin situation och minska oro. Orienteringsboken förutsätter att någon annan person lägger in det som ska finnas i boken och att samtliga personer runt den drabbade hjälps åt att uppdatera och hänvisa till boken då den drabbade känner sig osäker på olika saker. Boken kan innehålla två delar: ¹Självbiografisk, information om basfakta, och ²Ytterligare information, såsom information om familj och vänner, senaste besök av barn, info om skada mm

-*Minnesdagbok*. Är tänkt för personer med nedsatt medvetenhet om en mild till moderat minnesnedsättning och ska hjälpa till att kompensera för det nedsatta minnet. Genom den nedsatta medvetenheten om problemen kan personen inte själv lägga in viktiga saker utan behöver att någon annan person tar hand om detta. Minnesdagbok kan också vara del i en smartphones funktioner, men kräver även där programmering av någon annan. Träningen syftar till att personen ska förstå och lära sig att använda de olika delarna i minnesdagboken, för att kunna passa tider, göra det man ska och kunna repetera och återberätta vad man gjort. Att kompensera för det dåliga minnet och ändå fungera i olika vardagssituationer. Minnesdagboken kan innehålla kalender, Att-göra-lista och dagbok. Kalendern är till för att hålla reda på tider och få struktur på dagen. Att-göra-lista läggs till om man vill ge stöd åt personen att ta itu med saker som inte är tidsplanerade. Dagbok beskriver kortfattat vad som gjorts eller hänt under dagen, vilket ger möjlighet att gå tillbaka och titta om man vill berätta något eller känner sig osäker på vad man gjort.

-*Minneshjälpmedel* används som stöd för att hålla tider, veta vad som ska göras mm. Exempel på sådana är olika larm som annan person ställer in, QR-koder som någon förberett, Steg-för-steg instruktioner med text eller bild mm. Här innebär träningen att man tränas att använda sig av de aktuella hjälpmedlen. Träningen syftar till att automatisera användningen så att det går lätt och känns naturligt. Målet är att hjälpmedlen används spontant av den drabbade, men för programmering och att lägga in innehåll, kommer det fortsatt finnas ett behov av stöd från annan person.

- För samtliga av dessa metoder är det viktigt att använda lämplig **pedagogik** för inläring då minnesnedsättning i hög grad påverkar inläringen. I första hand ska *errorless learning* användas, vilket utifrån evidens visats vara effektivt vid kognitiv nedsättning och i synnerhet minnessvårigheter (se särskild beskrivning av metoden).

B) Vid god medvetenhet och mild till moderat minnesnedsättning kan man förvänta sig att den drabbade personen själv kan klara att använda olika strategier för att kompensera för minnesnedsättningen. Lämpliga strategier behöver tas fram och tränas in med hjälp av terapeut. Programmering och införande av information klarar därefter den drabbade själv.

-*Externa strategier* innebär att man använder något material eller teknik för att kompensera för det nedsatta minnet såsom; lappar, kalendrar, fickminne, smartphone eller annan teknik och

hjälpmedel. De olika externa strategierna har samma syfte och kan vara de samma som under punkten ovan (A) med minneshjälpmedel, men med den skillnaden att personen själv programmerar dem samt är självständig i användningen.

-Interna strategier. En intern strategi är ett sätt att tänka eller göra, en teknik, som kan kompensera för det nedsatta minnet genom att underlätta inläring, ge ledtrådar och organisera information så att det blir lättare att komma ihåg. Strategierna är tänkta att kunna kompensera för nedsättningen i många olika situationer i vardagen vilka ställer krav på minnet. Strategierna behöver tränas in för att automatiseras och ge den drabbade klarhet i vilka situationer strategin kan vara lämplig så att den medvetet ska kunna användas vid lämpliga situationer. Strategierna kan handla om att associera saker som man ska komma ihåg, vara sätt att organisera information såsom PQRS och mindmap, samt metoder för att lagra in, såsom understrykningar, nyckelord eller ledtrådar i form av lappar, listor mm.

- Vid träning för användning av strategier är terapeuten viktig för *val av lämplig strategi*. Den pedagogiska metod som bör användas är *multikontext approach* vilken går ut på att först träna in strategin i lämplig aktivitet tills den sitter och därefter pröva i flera olika kontext och aktiviteter så att personen självständigt ska kunna använda strategin, när det är lämpligt, även i nya aktiviteter. (Se särskild beskrivning av multikontext approach)

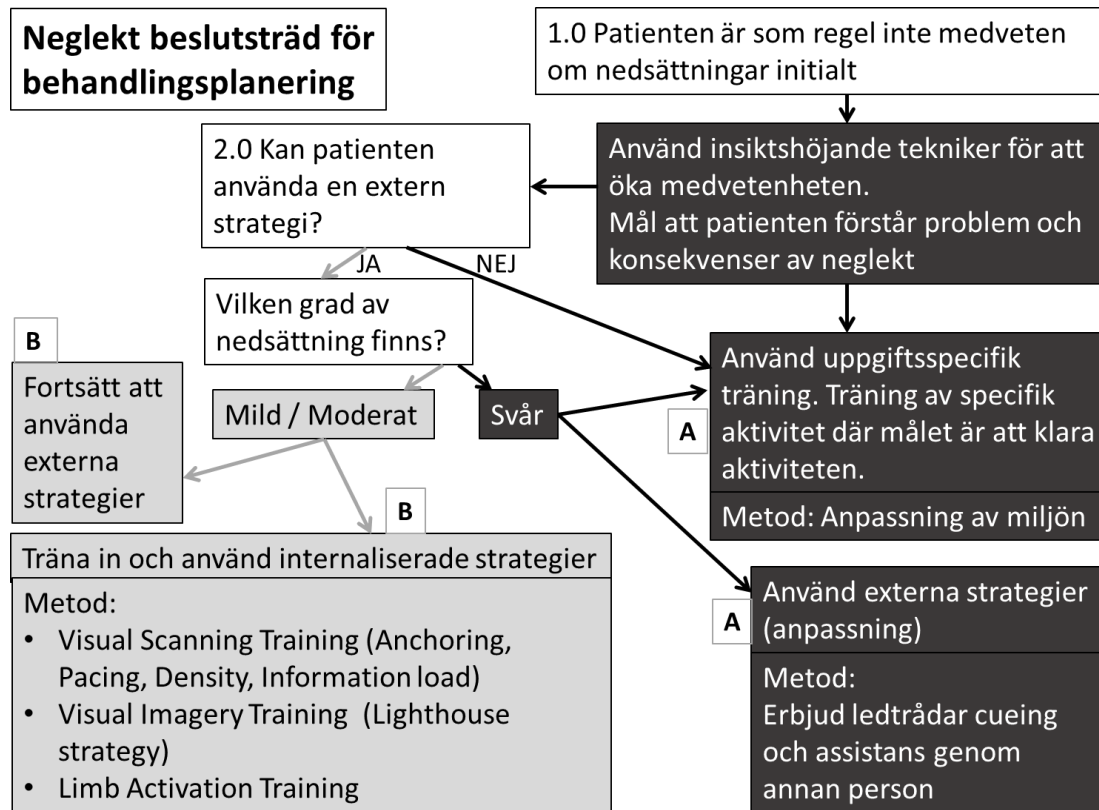
Neglekt/halvsidig ouppmärksamhet - Evidensbaserade interventioner enligt beslutsträd

Gällande begreppen vid denna nedsättning föredrar rutingruppen att man använder sig av halvsidig ouppmärksamhet inklusive beskrivning av vad ouppmärksamheten innefattar (rummet, kroppen osv). Då nedsättningen också uppträder i olika grader av problem är detta också viktigt att nyansera.

Neglektbegreppet kan dock användas i vissa situationer, där det är av vikt för kommunikationen med andra, eftersom detta begrepp är så vedertaget. Halvsidig ouppmärksamhet är problematiskt att arbeta med och det finns relativt lite litteratur kring hur träningen ska gå till. Svårigheten i träningen är att medvetenheten är nedsatt. Det finns därför behov av att fördjupa sig kring förhållningssättet vid interventioner för halvsidig ouppmärksamhet, för vilket arbetsgruppen föreslår en särskild workshop för att ta fram mer specifika riktlinjer för hur man praktiskt ska göra.

Nedanstående bild visar beslutsträd gällande problem med halvsidig ouppmärksamhet (neglekt). Jämfört med det grundläggande beslutsträdet är detta helt detsamma, men har även inlagt de specifika interventioner som gäller för svårigheter med uppmärksamhet åt ena sidan. Som beskrivits ovan finns alltid en nedsatt medvetenhet vid denna nedsättning varför man alltid ska starta med insiktshöjande åtgärder. Därefter följs flödet vidare till åtgärder under A om man inte lyckas förbättra personens medvetenhet. Ser man en viss förbättring av medvetenhet som här kan innebära att personen vid samtal är villig att försöka använda någon strategi för att kompensera, då går man vidare till punkt 2.0 och vidare till punkt 3.0 tills man till slut når antingen A- eller B-alternativet för evidensbaserade interventioner lämpliga för aktuell patient.

Det går inte att förvänta sig full medvetenhet om problemen under aktivitetsutförande beroende på nedsättningens art, men personen kan träna sig att på ett automatiserat sätt kompensera genom någon intränad strategi i de fall personen uppvisar viss medvetenhet. Medvetenheten kommer även att kunna fluktuera och därigenom kommer interventionen endast att fungera ibland. Det som kan göra att användande av den intränade strategin fallerar kan vara att patienten blir trött eller att det är en ny eller stressig situation.



A) -*Uppgiftsspecifik träning*. Träning av för patienten viktiga aktiviteter och sådant som kan förändra graden av beroende. Repetitivt träna aktuell aktivitet för att kunna klara just denna. Anpassning av miljö såsom markeringar och organisering av föremål samt förenkling av uppgiften kan vara gjord för att underlätta.

-*Stöd av annan person (frågor och uppmaningar) och miljöanpassningar (markeringar mm)* tränas in med särskilt fokus på att förstå och agera utifrån ledtrådarna. Aktuell fråga här kan vara att stödpersonen säger t ex "vad skulle du tänka på när du inte hitta saker?". Stödet från annan person kan innebära närstående, hemtjänst e dyl och det är då viktigt att lära ut hur stödet bör se ut.

- *Errorless learning* bör användas som pedagogisk metod för träning av aktiviteten.

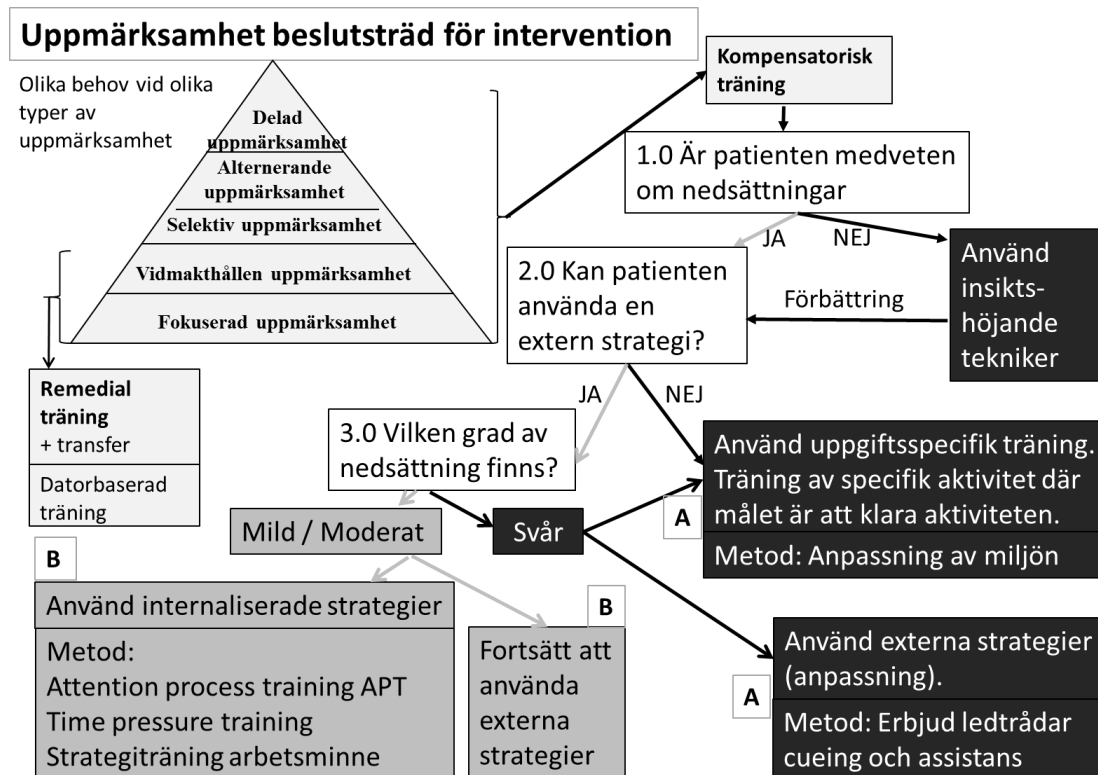
B) Strategier som visat effekt då den drabbade uppvisar medvetenhet om problematiken och är motiverad att försöka kompensera för problemen.

– *Visual scanning*, träning att utifrån vissa hållpunkter scanna av systematiskt t ex vä-hö, kanter på bord, vissa markeringar. (För mer detaljer se särskild beskrivning)

- *Light house träning*. Att tänka sig att man är en fyr och scanna som fyrljuset rör sig. (För mer detaljer se särskild beskrivning)
- *Limb activation träning*. Aktivering av samma sidas (vä) arm/hand samtidigt som man behöver styra över blicken åt vä. Om detta inte går rörs sidan en stund innan. (För mer detaljer se särskild beskrivning)
- Efter träning är tanken att personen själv ska kunna använda sig av strategin när det behövs. Terapeuten väljer strategi och lär ut den genom repetitiv träning. För att personen självständigt ska kunna använda strategin i flera situationer används pedagogiken: multikontext approach.

Uppmärksamhet - Evidensbaserade metoder enligt beslutsträd

Uppmärksamhet och den näraliggande funktionen arbetsminne är de funktioner som har visat evidens för nytta av repetitiv träning av funktionen genom t ex datorprogram. Träningsprinciperna för detta innebär intensiv träning nästan varje dag, på en utmanande nivå, 5 eller fler veckor. Funktionsträning ska alltid kombineras med kompensatorisk träning enligt beslutsträd.



Kompensatorisk intervention sker som för de övriga funktionerna antingen med stöd av annan person (A) eller genom att den drabbade självständigt använder strategier (B). Nedanstående bild visar beslutsträd gällande kompensatorisk intervention för nedsatt uppmärksamhet. Jämfört med det grundläggande beslutsträdet är detta helt detsamma men har även inlagt de specifika interventioner som gäller för de olika aspekterna av uppmärksamhetsnedsättning. Gör först bedömning av medvetenhet punkt 1.0 följ flödet vidare vid ja-svar till punkt 2.0 och 3.0 tills ni till slut når antingen A- eller B-alternativet för evidensbaserade interventioner lämpade för aktuell patient. Om svaret vid 1.0 blir nej ska alltid interventionen i första hand handla om insikts-höjandeåtgärder, om inte detta redan har provats utan framgång och man då direkt kan gå vidare till interventioner enligt A.

- A)** -Uppgiftsspecifik träning där målet är att minska påverkan av den nedsatta uppmärksamheten i någon utvald aktivitet, genom anpassningar för att hålla fokus eller dela upp och göra en sak i taget, tillsammans med repetitiv träning av den aktuella aktiviteten. Här är det viktigt att ta

ställning till vilken typ av uppmärksamhetsnedsättning som finns eller begränsar i huvudsak, för att kunna ge rätt stöd och göra lämpliga anpassningar i träningen.

-Anpassning eller hjälpmedel, teknik och hjälp av annan person. Utgångspunkten är att terapeuten gör anpassningar eller tar fram hjälpmedel som kompensation för de olika typer av uppmärksamhetsproblematik som kan förekomma ex *Rikta fokus* – Markera, tydliggöra med färger mm, *Minska störning* – Enskilt rum, öronproppar, skärma av, Problem att *dela uppmärksamheten* - Göra en sak i taget. Anpassningen görs för en viss situation, och behöver man liknande i ett annat sammanhang, behöver man assistans för att anpassa även där.

- För samtliga av dessa interventioner är det viktigt att använda lämplig pedagogik för inläring. I första hand ska *errorless learning* användas.

B) Självständig användning av strategier

-Externa strategier. Som ovan under anpassning och hjälpmedel, men med skillnaden att personen här själv kan använda sig av strategin eller hjälpmedlet när så är lämpligt. Behov kan dock finnas att med stöd av terapeut ta fram lämplig strategi.

-Interna strategier.

-Attention process training, APT, är en metod som syftar till att förbättra uppmärksamheten i olika situationer genom de strategier som används i metoden. Träningen innefattar tre steg; Identifiering av typ av nedsättning, träning först i papper-/pennauppgift och därefter generaliserande i verklig aktivitet. (se separat mer omfattande beskrivning)

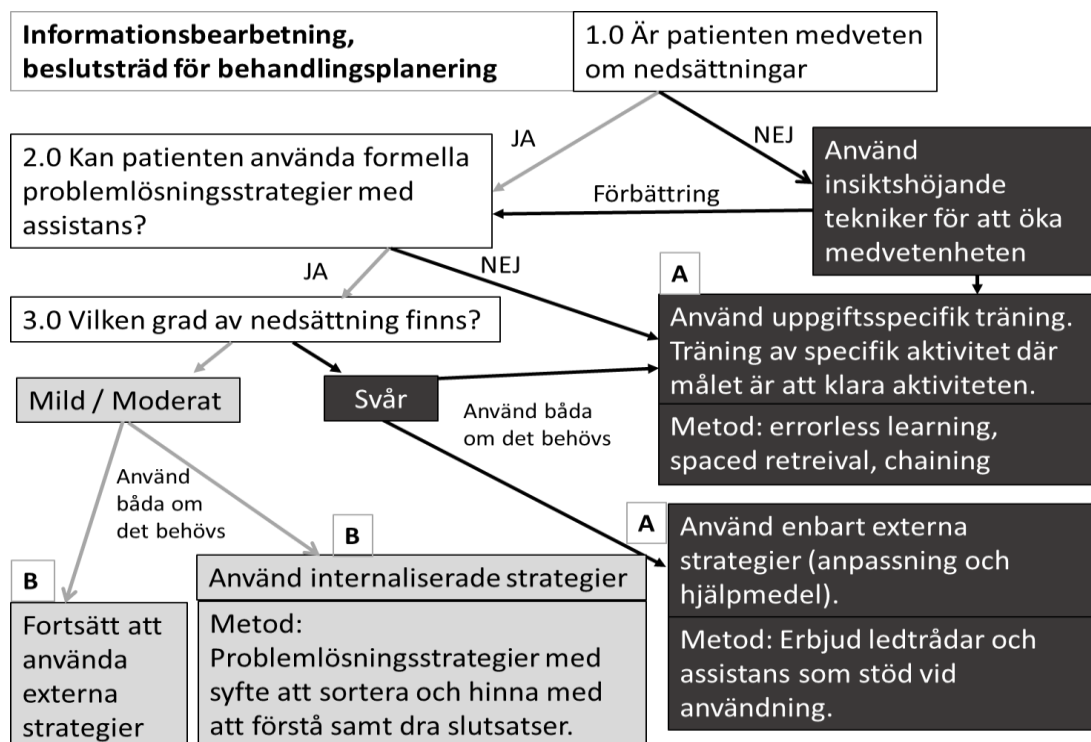
-Time pressure management, TPM, vilket är en metod för att styra i informationsflödet för att minska överbelastning. Träning ger strategier för att kunna göra effektiva beslut före och under utförande av en uppgift. (se separat mer omfattande beskrivning)

Här väljs någon av ovanstående interventioner utifrån nedsättningens art och de behov den drabbade har. För att målet med interventionen ska nås krävs att strategin tränas in repetitivt för att bli så automatiserad som möjligt. Vidare behöver personen träning i att kunna se i vilka situationer strategierna är lämpliga att använda. Detta görs genom att som pedagogisk metod använda *multikontext approach*. (Multikontext approach beskrivs separat mer detaljerat)

Informationsbearbetning - Evidensbaserade interventioner enligt beslutsträd

Nedanstående bild visar beslutsträd gällande informationsbearbetning. Grunden som är hämtad från ACRM har inget särskilt beslutsträd för informationsbearbetning utan detta ligger under exekutiv funktion. Eftersom vår verksamhet utgår från "Malias struktur" är det i denna rutin uppdelat i två beslutsträd (exekutiv funktion och informationsbearbetning). Det som utifrån Malia beskrivs som problem med informationsbearbetning är att kunna hantera all information som flödar in. Att hinna med och förstå och sortera i detta flöde samt att komma till beslut, vilka ofta behöver tas snabbt t ex agerande vid bilkörning, välja väg, svara på fråga mm. Interventioner vid nedsatt informationsbearbetning handlar därför om att dämpa takten på inflödet samt strategier för att bearbeta den information som kommer.

Jämfört med det grundläggande beslutsträdet är detta, helt detsamma, men har även inlagt de specifika interventioner som gäller vid nedsatt informationsbearbetning. Gör först bedömning av medvetenhet punkt 1.0. Följ flödet vidare vid ja-svar till punkt 2.0 och 3.0 för att till slut nå antingen A- eller B-alternativet för evidensbaserade interventioner lämpade för aktuell patient. Om svaret vid 1.0 blir nej ska alltid interventionen i första hand handla om insiktshöjandeåtgärder, om inte detta har provats utan framgång tidigare. Är detta gjort resultatlöst kan man direkt gå vidare till interventioner enligt A.



A) -*Uppgiftsspecifik träning* handlar vid informationsbearbetningsproblematik om att göra det lättillgängligt att ta till sig information som behövs för aktiviteten. Exempel: Tydlig bild eller lista för vilka saker som ska tillredas för frukost. Lämpligt placerad information om hur t ex ägget ska koka. Ordning på tillredandet för att det inte ska "köra ihop sig" med mycket samtidigt. Tydliggörande för påklädning om kläder ska bytas och när. Rutin för planering och framtagande av kläder som ska användas nästa dag så beslut är tagna i förväg. Se vidare kring om behovet att försöka lägga beslut på strategisk nivå. Detta beskrivs separat under "Time pressure management" som är en B-intervention dvs för personer med tillräcklig medvetenhet om problem och mild till moderat nedsättning, men som terapeuten kan luta sig emot vid planering av lämplig uppgiftsspecifik träning.

- *Annan person hjälper till att anpassa (externa strategier), ställa in och lägga upp material till stöd* för att kunna ta till sig och förstå information, uppmaningar, frågor mm. Här kan det handla om att minska informationen, dela upp, förbättra layout, göra text till bilder, ge skriftligt material som komplement till enbart muntligt, skriva ner åt personen, ge korta instruktioner och ett steg i taget.

- För dessa metoder är det oftast lämpligt att använda *errorless learning* i träningen.

B) -*Externa strategier* dvs. material med en förenklad layout, färdiga manualer, ärendelista på mail istället för att folk kommer kontinuerligt och frågar, åhörarkopior från föreläsare (gärna i förväg), markering var saker ska stå, karta och GPS för att hitta vägen, agenda/dagordning för sådant som ska tas upp mm.

Hur förenkling eller förtydligande (enligt ovan) kan göras tas fram i samråd med terapeut. Den drabbade personen kan därefter behöva tala om sitt behov av förenkling eller förtydligande i olika sammanhang så att ansvarig annan kan se till att saker skrivs på ett förenklat sätt, att det finns dagordning osv. Målet är då att dessa åtgärder från omgivningen kan erbjuda den drabbade personen möjlighet att kompensera för sin nedsättning gällande informationsbearbetning.

-*Interna strategier*. Lämplig strategi med syfte att minska tempo på informationsflöde, sortera bland informationen och/eller ge möjlighet att dra slutsatser, tas fram med hjälp av terapeut. Utgångspunkten för val av strategi kan vara en viss aktivitet som är problematisk. Tanken är sedan att gemensamt se över i vilka andra situationer samma sak blir problematisk för att strategin ska bli användbar och kompensera i så hög grad det går för den nedsatta informationsbearbetningen. Pedagogisk metod för denna träning är *multicontext approach* (se särskild beskrivning).

De strategier som visat evidens gällande ovanstående nedsättningar är *GIST reasoning training*, *formella problemlösningsstrategier* och *Time pressure management*.

-GIST reasoning training är en träning av strategier för att

- kunna ta fram meningen eller huvudinnehåll från komplex information
- Komma ihåg fakta
- Förbättra icke-verbalt resonerande
- Förbättra den exekutiva delen i arbetsminne. Uppdatering och justering av arbetsminnet under utförande.
- Inhibering. Minska impulsstyrning.
- Förbättra kognitiv flexibilitet. Kunna växla spår.
- Generalisering till icke-tränade aktiviteter.
- Förbättra fungerande i dagliga aktiviteter, sociala färdigheter, arbete, hushåll samt välmående.

Gist reasoning training är inte möjlig att helt genomföra inom ramen för enheterna på SU utom möjligtvis med undantag för patienter på rehabiliteringsmedicin. På strokeenheterna kan en "light" variant tas fram.

- På rehabiliteringsmedicin kan detta vara lämpligt i vissa fall men det förutsätter då att man på kliniken har färdigt framtaget material.
 - Materialet handlar om att det ska finnas färdiga texter och material som terapeuterna känner till. Utan detta blir denna alltför svår att genomföra för terapeuten och det blir alldeles förtidskrävande.
 - "Light variant" kan användas för träning i praktiska situationer vid understödd hembgång.
 - På liknande som ovan behöver grunderna i form av en mall för hur man ska göras tas fram. Mallen ska sedan på liknande vis som texten ge underlag för att resonera kring olika aktiviteter i vardagen. Syftet är förbättra den drabbade personens förmåga att ta ut väsentlig information för aktiviteten, förstå mening, bättre komma ihåg och öka flexibiliteten i utförandet.

-Time pressure management, TPM. Syftet är att hjälpa den drabbade personen att bättre kunna hantera långsamhet i informationsbearbetning för att förhindra överbelastning och negativ inverkan på funktion. Denna finns även som metod under uppmärksamhet. Målet med träningen är att vara ett steg före genom att ta så många beslut det går innan man går in i en aktivitet för att slippa denna bearbetning under tiden. (se separat mer omfattande beskrivning)

- Strategi vid flera olika nedsättningar såsom: informationsbearbetnings-/exekutiva problem, uppmärksamhetsproblem och hjärntrötthet.
- Går att anpassa för olika nivåer av problematik dvs. från enkla situationer i vardagen till mer komplex informationsbearbetning med högt ställda krav i arbete mm.

-Formella problemlösningstrategier handlar om strategier för att:

- Medvetandegöra problematiken. Resonerande kring vad problemet är för att kunna tänka lösningar.
- Kunna förutse vilka problem som kan uppstå. Resonerande kring hur problematiken kan ta sig uttryck i en specifik situation.
- Kunna lista olika möjliga lösningar
- Identifiera för- och nackdelar med olika lösningar
- Kunna genomföra valda lösningar
- Utvärdera hur väl lösningen fungerar

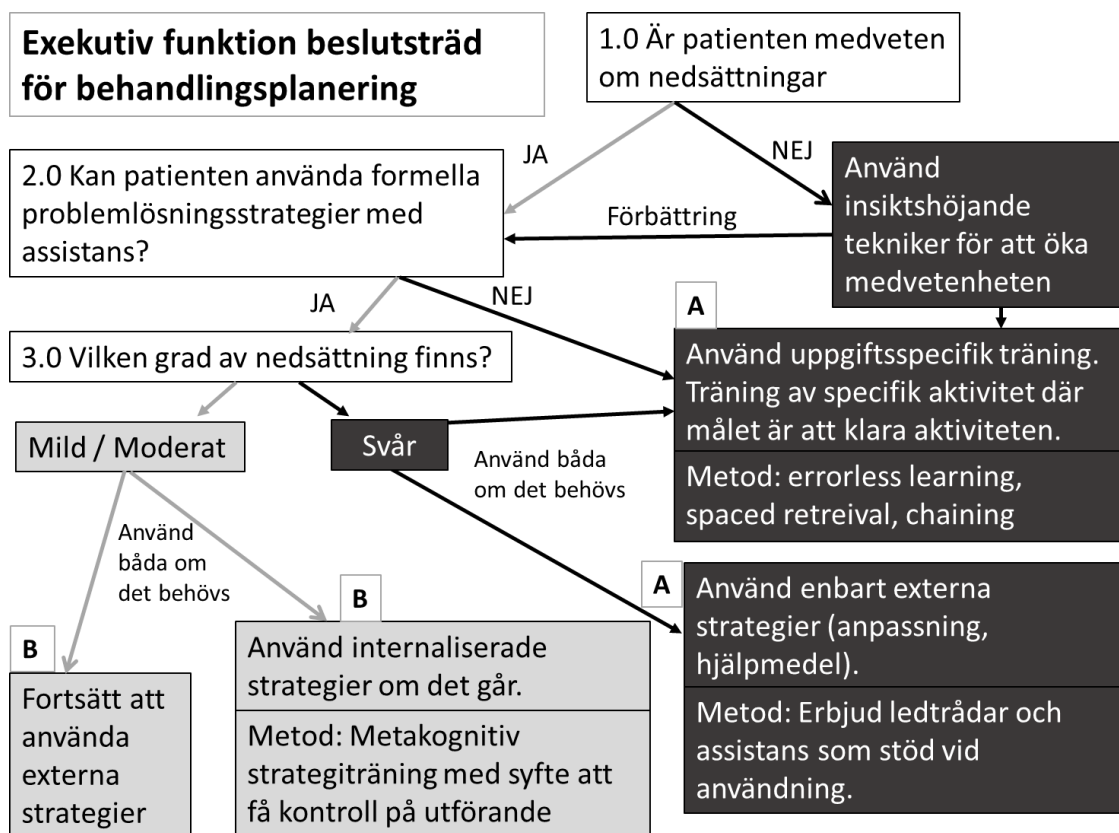
-Själv instruerande procedur, prata med sig själv, hitta ledtrådar

I **Nationella riktlinjer vid stroke** finns att arbeta med problemlösningstrategier med som bör. Det som ingår där kan gälla samtliga interventioner under interna strategier och informationsbearbetning.

Rehabiliteringsmedicin är den mest lämpade enheten för denna typ av träning. På strokeenheter går det inte att göra denna träning men man har där ansvar att rapportera över patienter med rehabiliteringspotential till primärvården och ju mer underlag som finns kring hur träning kan erbjudas desto större möjlighet till fortsatt god kvalitet för patienten. Det kan vara bra om man hinner med att starta upp vissa interventioner som sedan kan fortsättas i primärvården.

Exekutiv funktion - Evidensbaserade metoder enligt beslutsträd

Nedanstående bild visar beslutsträd gällande exekutiv funktion. Jämfört med det grundläggande beslutsträdet är detta, helt detsamma, men har även inlagt de specifika interventioner som gäller vid nedsatt exekutiv funktion som handlar om att få kontroll över utförandet av olika aktiviteter. Gör först bedömning av medvetenhet punkt 1.0. Följ flödet vidare vid ja-svar till punkt 2.0 och 3.0 för att till slut nå antingen A- eller B-alternativet för evidensbaserade interventioner lämpade för aktuell patient. Om svaret vid 1.0 blir nej ska alltid interventionen i första hand handla om insiktshöjandeåtgärder, om inte detta har provats utan framgång tidigare. Är detta gjort resultatlöst kan man direkt gå vidare till interventioner enligt A.



- A)** -Uppgiftsspecifik träning handlar vid exekutiv nedsättning mycket om att få in rutiner för hur saker ska göras, genom att systematiskt repetera aktiviteten i en viss ordning. De inrättade rutinerna ska minska risken för att personen avleds från målet, brister i tidshållning samt

misslyckas att genomföra de steg som behövs. Exempel på aktiviteter: laga middag, uppgifter på arbetet, att ta med rätt saker osv.

- *Annan person hjälper till att anpassa (externa strategier), ställa in och lägga upp material till stöd* för att genomföra uppgifter planerat och effektivt. Exempel på anpassningar som kan göras: a) att förenkla antal steg, b) samla ihop material, c) bilder som stöd mm. Annan person kan även muntligt ge korta stegvisa instruktioner för att aktiviteten ska bli genomförd.

- För samtliga av dessa metoder är det viktigt att använda lämplig pedagogik för inläring. I första hand ska *errorless learning* användas. Även utbildning för "annan" person hur man kan ge bäst stöd och anpassa.

B) -*Externa strategier* används här på egen hand efter råd om lämplig form från terapeut. Exempel på sådan teknik eller hjälpmedel kan vara: Mobiltelefon, Kalender, mindmap mm. Personen förväntas att självständigt kunna använda sig av de olika hjälpmedlen eller tekniken för att kompensera för sina exekutiva nedsättningar och få bättre kontroll på sitt genomförande av aktiviteter. Behov finns ofta av att få stöd i framtagande av lämplig strategi.

-*Interna strategier*. Lämplig strategi vilken kan kompensera för problem med exekutiv funktion tas fram med hjälp av terapeut. Här förutsätts att personen själv därefter kan initiera användandet i lämpliga situationer. Utgångspunkten kan vara en viss aktivitet som är problematisk. Ofta kan samma eller liknande problematik uppkomma i flera aktiviteter och målet är då att kunna se när den inlärda strategin är lämplig att använda. Terapeuten kan behöva praktiskt konkret skapa strukturen genom att t ex organisera lådor, garderober, märka upp, införskaffa lämpligt material, skapa checklistor mm. När grunden är lagd kan personen tränas att använda sig av en vald strategi.

-De evidensbaserade strategierna kallas **Metakognitiv strategiträning** och handlar om att ta kontroll över utförande av aktivitet (beteende) dvs målformulering, förplanering, steg i genomförande, utvärdering och justering under aktiviteten, avslut och utvärdering i förhållande till mål. Exempel:

- Checklista – Att organisera och få med alla saker eller steg
- Mindmap – Innehåller olika steg i en process och förutsättningar kring varje steg. Mindmappen kan sedan följas och ger stöd för vilka steg som ska göras samt vadsom behövs för att genomföradetta.
- Steg-för-steg instruktion – Beskrivning för varje steg som ska göras. Det kan vara som ett recept som beskriver olika steg i ord eller bild, flödeschema, beslutsträd, QR-koder med beskrivning av moment i en viss situation.
- Mall för planering, avcheckning, justering, utvärdering, målformulering. – Mallen innehåller olika frågor eller resonemang som alltid ska göras vid respektive punkt ovan.

- Goal-plan- do-review – En metod som handlar om att sätta mål, följplan, justera och utvärdera. (Se särskild beskrivning av metoden)
- (Goal Management Training (GMT) är ett interaktivt och strukturerat program för att hjälpa individer med nedsatt exekutiv funktion att förbättra sin organisering och förmåga att uppnå mål och finns med på listan över evidensbaserade metoder. Programmet är framtaget i USA och finns inte för svenska förhållanden.)

-Gruppbehandling för självreglering och problemlösning.

- Den pedagogiska metod som bör användas är *multicontext approach* dvs att träna in strategin i den valda aktiviteten för att sedan se om det finns andra aktiviteter som kan vara lämpliga med samma slags strategi. Succesivt väljs aktiviteter som ligger längre ifrån den ursprungliga aktiviteten i kontext och likhet. Personen förväntas självständigt kunna använda strategin i nya sammanhang när den grundläggande strukturen finns.
- Dagrehab på rehabiliteringsmedicin är det ställe där dessa interventioner är mest aktuella. (Patienten behöver ha hunnit prova olika aktiviteter för att se problemet.) Det är sällan eller aldrig aktuell på strokeenhet men kan om tid ges prövas på strokeenhet på patienter med god medvetenhet. Patienterna ska rapporteras över till primärvård med en tydlig beskrivning av rehabpotential, råd om hur insatsen ska göras. Om det har funnits tillfälle att prova finns möjlighet att också ge information om hur träningen hargått.

Granskare/Arbetsgrupp

Ann Björkdahl, Universitetssjukhusöverarbetsterapeut, Docent

Anneli Andersson, Leg Arbetsterapeut

Ann-Sofie Jansson, Leg Fysioterapeut

Lena Nilsson, Leg Arbetsterapeut, Specialist

Lotta Nilsson, Leg Arbetsterapeut

Siv Svensson, Leg Arbetsterapeut, Specialist

Ullacarin Karlsson, Leg Fysioterapeut

Ulrika Pählman, Leg Fysioterapeut, Specialist

Alla verksamma på verksamhet för Arbetsterapi och fysioterapi, SU

Relaterad information

[Strategianvändning - exempel på problem och strategier](#)

[Implementeringsuppdrag SU - Olika interventioner mer i detalj](#)

[Dokumentationsmall intervention kognitiv nedsättning](#)

Referenser

M Bayley; R Tate; J Douglas; L Turkstra; J Ponsford; M Stergiou-Kita; A Kua; P Bragge. INCOG Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Methods and Overview. J Head Trauma Rehabil 29(4):290–306.

E Haskins, K Cicerone et. al. The ACRM Cognitive Rehabilitation Manual; Translating Evidence-Based Recommendations into Practice. URL <https://acrm.org/publications/cognitive-rehab-manual/>

Björkdahl Ann. Kognitiv rehabilitering: Teoretisk grund och praktisk tillämpning. Studentlitteratur, Lund, 2015, ISBN 9789144096520