OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Linda Kristensson, (linkr3), Enhetschef
Granskad av: Carina Dahl, (carda6), Enhetschef
Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-09
Giltig till: 2028-09-09

Bedömning av förändrad kognitiv förmåga - ARB

Förändringar sedan föregående version

Rutinen är ett nytt styrdokument vidareutvecklad från tidigare SU rutin – Kognitiv problematik ARB. Rutinen beskriver hur kognitiva svårigheter i aktivitet identifieras i den arbetsterapeutiska kartläggningen. Det fördjupade avsnittet om interventioner har lyfts ut som en separat bilaga.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Innehållsförteckning 1
Syfte 2
Bakgrund 2
Arbetsbeskrivning 3
Intervention 12
Arbetsgrupp 15

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Syfte

Syftet med denna rutin är att säkerställa att arbetsterapeuter inom Arbetsterapi- och Fysioterapiverksamheten på Sahlgrenska (SU) erbjuder en likvärdig utredning av kognitiva svårigheter i dagliga aktiviteter. Den främjar också en säker utskrivningssamordning och en evidensbaserad, effektiv och jämlik vård. Denna rutin tydliggör hur arbetsterapeuter utför bedömning av kognitiva svårigheter i aktivitet samt när och hur en fördjupad bedömning görs. Rutinen ger också visst stöd vid val av arbetsterapeutiska interventioner.

Bakgrund

Arbetsterapeuter bedömer och utför åtgärder vid förändrad aktivitetsförmåga inom specialistsjukvården. Aktivitetsförmågan innefattar såväl motoriska färdigheter som mentala och sociala aspekter som påverkas av kognitiva resurser. Nytillkommen kognitiv svårighet är vanligt förekommande hos patienter inom specialistsjukvården. Detta ställer krav på ett enhetligt och strukturerat arbetssätt för att identifiera, utreda, dokumentera och åtgärda förändrad kognitiv förmåga som ger konsekvenser för dagliga livet. Kognitiva förmågor i utförandet av dagliga aktiviteter inkluderar förmåga att ta in och bearbeta information samt förmåga att planera och utföra handlingar. Insikt om den egna förmågan är avgörande för hur man kan hantera kognitiva nedsättningar. Inom verksamheten möter arbetsterapeuter patienter med varierande påverkan på sina kognitiva förmågor till följd av olika medicinska tillstånd som infektion, stroke, traumatisk hjärnskada, psykisk ohälsa etc.

Då kognitiva förmågor är avgörande för att klara sina dagliga aktiviteter ingår denna aspekt av aktivitetsförmågan alltid i den arbetsterapeutiska utredningen. En kognitiv nedsättning kan ha olika grad och komplexitet med påverkan på aktivitetsförmåga, delaktighet i vård och rehabilitering samt utskrivningsplaneringen.

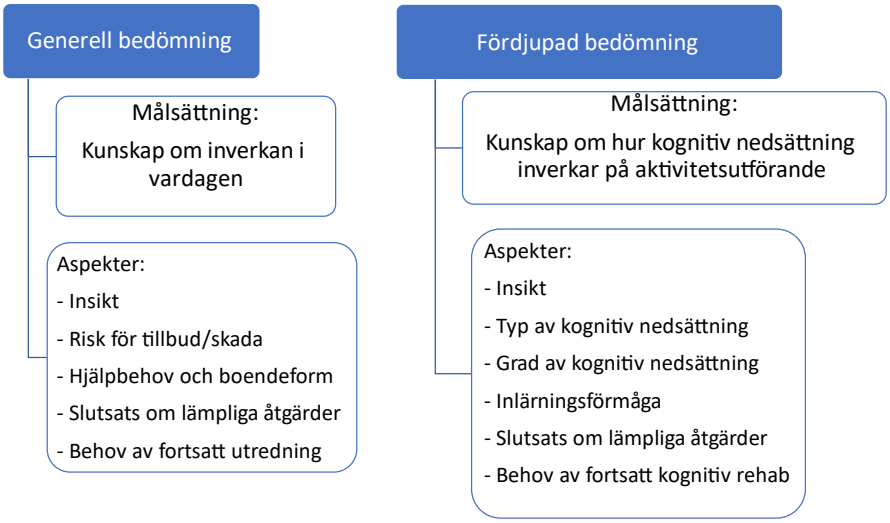
Som modell för den arbetsterapeutiska processen används OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model). OTIPM understryker vikten av att bedöma och förstå aktivitetsutförandets kvalitet genom autentiska situationer från patientens vardag vilket placerar görandet i centrum för den arbetsterapeutiska bedömningen. Bedömning av kognitiv förmåga som ett led i utredningsfasen av aktivitetsförmågan utförs därför i första hand genom observation i för patienten relevanta och meningsfulla aktiviteter.

Målet med bedömning av kognitiva svårigheter är att identifiera förändrad kognitiv förmåga, hur det påverkar utförandet av dagliga aktiviteter och om det utgör risk för egen säkerhet. Målet är även att kartlägga stöd och hinder i omgivning inklusive patientens egna perspektiv och insikt.

Arbetsbeskrivning

Utredningen baseras på inhämtande av information och observation i aktivitet, ibland kompletterat med screeningtest.

I samband med arbetsterapeutens informationsinsamling och utförandeanalys identifieras om patienter har tidigare kända eller nytillkomna kognitiva svårigheter i utförandet av vardagliga aktiviteter. Medicinska tillstånd eller behandling som påverkar kognitiv förmåga ska beaktas. Utifrån inledande informationsinsamling tas ställning till behov av bedömning av kognitiva svårigheter via observation i aktivitet. Observation i aktivitet görs i form av en generell bedömning eller via en fördjupad bedömning av kognitiva svårigheter. Vid val av generell alternativt fördjupad bedömning tas hänsyn till vårdtid, medicinska tillstånd mm.



Figur 1 Bedömning av förändrad kognitiv förmåga

Vid generell bedömning i aktivitet är fokus att identifiera om aktivitetsutförandet är påverkat av kognitiv nedsättning så att det finns behov av stöd, hjälpmedel eller annan intervention för aktivitetsutförande. Kognitiva förmågor observeras i för patienten relevanta aktiviteter. Som stöd i bedömningen kan ”Checklista vid kognitiva svårigheter” alternativt ”Taxonomi för utförandefärdigheter” användas.

Målet med en fördjupad bedömning av kognitiva svårigheter i aktivitet är att vid misstanke om problem identifiera vilka kognitiva nedsättningar som finns och hur dessa begränsar aktivitetsutförande. Detta ger grund för lämplig intervention och planering av fortsatt rehabilitering.

Generell bedömning

Generell bedömning	Vad ska göras?
Anamnes	Inhämta information från journal, vårdteam, närstående och patient om tidigare och nuvarande kognitiva svårigheter
Observation	Observera kognitiva förmågor i relevanta aktiviteter under vårdtiden och identifiera svårigheter i specifika situationer
Patientperspektiv och insikt	Bedöm patientens medvetenhet om sina svårigheter
Stödmaterial	Checklistan vid kognitiva svårigheter i aktivitetsutförande (används tillsammans med ADL-Taxonomin®) Taxonomi för utförandefärdigheter (Fisher, Martella, 2019)
Vid behov screeningtest	MoCA (alternativt MMSE-NR3 + Klocktest eller RUDAS)

Tabell 1. Utförande av generell bedömning

Kognitiva standardiserade screeningtest kan användas som komplement för att styrka misstanke om nedsatt kognitiv förmåga. Dessa test kan dock inte ensamt ligga till grund för den arbetsterapeutiska bedömningen då de inte tydliggör vilka konsekvenser den kognitiva svårigheten får för aktivitetsutförande. Ansvarig arbetsterapeut avgör, i samråd med vårdteamet, om ett screeningtest ska genomföras, baserat på bedömningens syfte och hur angeläget det är att överrapportera testresultat från slutenvårdstiden. Om det bedöms aktuellt rekommenderas följande screeningtest:

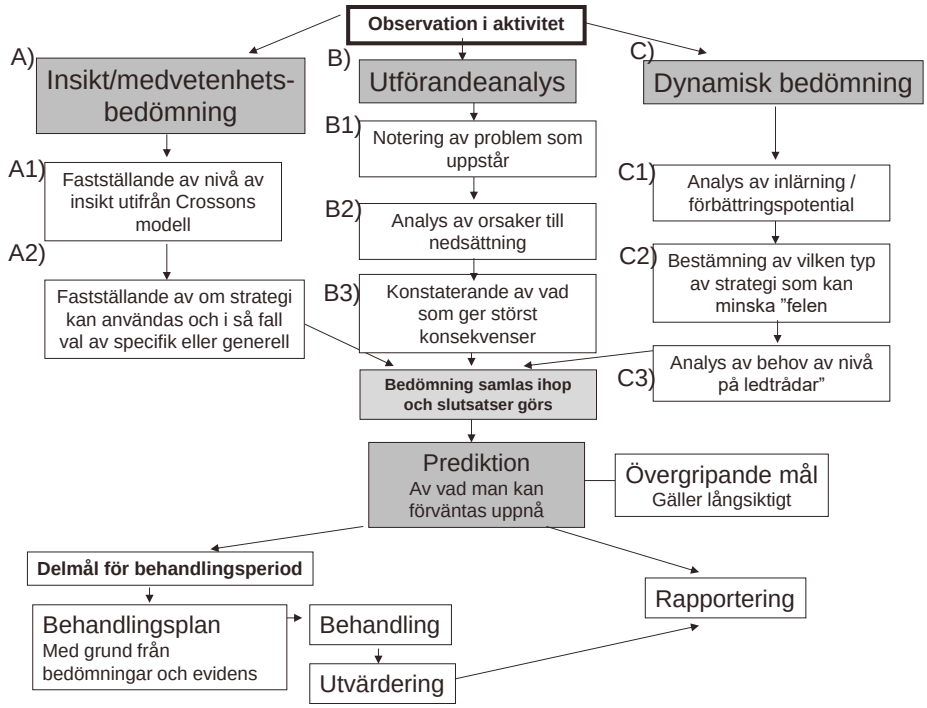
- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**
  Förstahandsval då det är ett känsligt och brett testverktyg.
  (Se referens och länk till utbildning)
- **Mini-Mental State Examination, svensk version (MMSE-NR3)**
  Används tillsammans med Klocktest. Lämpligt vid behov av uppföljning med samma instrument som i andra delar av kedjan.
  (Se manual och referenser)
- **RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)**
  Rekommenderas vid begränsad språkkunskap eller svårigheter med läs- och skrivförmåga.
  (Se manual och referens)

Fördjupad bedömning

Målet med en fördjupad bedömning är att förstå och hantera eventuella kognitiva svårigheter. Följande tre aspekter bör bedömas i aktivitet för att på ett tillförlitligt sätt kunna dra slutsatser om vilka kognitiva nedsättningar som finns samt vilka åtgärder som är aktuella.

- Insikt och medvetenhet (insikts-/medvetenhetsbedömning)
- Aktivitetsförmåga och typ av kognitiv nedsättning (utförandeanalys)
- Förmåga till inlärning (dynamisk bedömning)

Nedan visas ett flödesschema som beskriver hur man går till väga vid den fördjupade bedömningen och efter bilden följer en beskrivning av de olika delarna i flödesschemat.



Figur 2. Utförande av fördjupad bedömning

Observation i aktivitet

I den fördjupade bedömningen observeras patientens utförande i en planerad och för patienten väl känd aktivitet. För att kunna dra fler slutsatser och göra en bedömning av god kvalitet rekommenderas att välja en relativt komplex och omfattande aktivitet som ligger på en utmanande nivå för patienten.

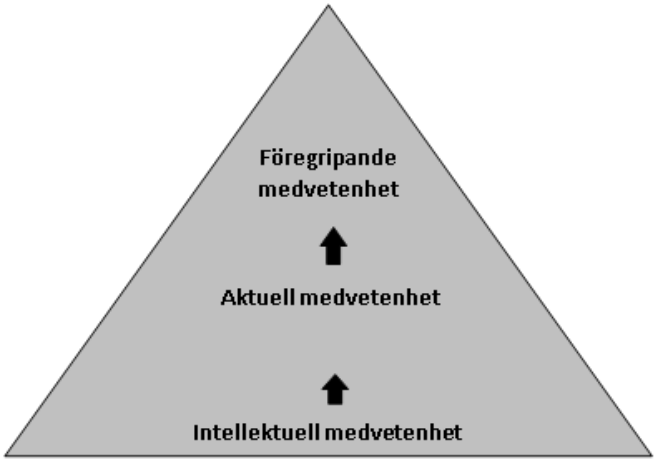
Patienten ska vara informerad om bedömningens syfte. Patienten och arbetsterapeuten kommer överens om vilken aktivitet som ska utföras och vad som ingår. Arbetsterapeuten visar förvaringsplatser och aktuell utrustning i syfte att senare kunna dra slutsatser om kognitiv förmåga utifrån utförandet.

Förslag på aktiviteter:

- Hushållsaktivitet
- Enklare ärenden med ett par olika uppgifter, köpa tidning mm
- Hantverksaktiviteter
- Digitala uppgifter, skriva mejl, betala räkningar mm

A Insikt/medvetenhetsbedömning

Grad av insikt hos patienten är avgörande för vilken intervention som kan bli aktuell. Insiktshöjande åtgärder anses angeläget att påbörja tidigt för att stödja en säker utskrivningssamordning och skapa förutsättningar för fortsatt rehabilitering. Insikt delas in i tre nivåer enligt Crosson modellen (intellektuell, aktuell och föregripande medvetenhet). Vid ställningstagande till om tillräcklig medvetenhet om problem finns för att patienten självständigt ska kunna göra anpassningar och använda strategier eller behöver stöd av annan person dras gränsen mellan intellektuell (ej insikt) och aktuell medvetenhet. För fördjupad information om Crossonmodellen och insikt och medvetenhet, se bilaga.



A 1) Fastställa nivå av insikt

För att bedöma insikt/medvetenhet observeras patienten i den aktivitet som utförs för bedömning av aktivitetsförmåga. Svårigheter som noteras under observationen värderas i förhållande till patientens agerande och egna upplevelse samt beskrivning av förmåga.

Exempel på det praktiska genomförandet:
Patienten får före och efter aktivitet skatta svårighet att utföra aktiviteten och behov av hjälp för genomförandet. Efter genomförandet läggs även aspekten förändring jämfört med innan sjukdom eller skada till. Lämpligt är att använda en 5-gradig skala.

Följande skalsteg kan vara aktuella:

- Uppgiftens svårighetsgrad
  1. mycket enkelt 2. enkelt 3. lite svårt 4. något svårt 5. mycket svårt
    - Behov av hjälp
      1. Ingen hjälp 2. Påminnelse 3. Tillfällig hjälp 4. Lite hjälp 5. Mycket hjälp
- Förändring
  1. Ingen skillnad 2. Liten förändring 3. Medelstor förändring 4. Stor förändring

Efter genomförd aktivitet förs samtal med patienten om resultatet av aktivitetsgenomförandet;

- Är patienten medveten om problem som uppstått?
- Kan patienten känna igen problemen då de påtalas och sätta dem i relation till de nedsättningar som finns?

Placera in patienten enligt Crossonmodellen utifrån det underlag som framkommer.

I vilken utsträckning patienten uppvisar medvetenhet om problem kan även kompletteras med hjälp av insamlad information från anhöriga, omvårdnadspersonal m.fl.

OBS! Det är medvetenheten om problem som ska bedömas och inte om patienten kan eller inte kan utföra uppgiften.

A 2) Fastställa om strategier kan användas och hur

Kan själv kompensera med hjälp av strategier	○ Patient som befinner sig på ***föregripande medvetenhetsnivå*** kan inför en uppgift förutse att det kan uppstå problem och vet att det behövs kompenserande strategier. Arbetsterapeutens uppgift kan vara att ge tips och råd om lämpliga strategier ○ Patient som befinner sig på ***aktuell medvetenhetsnivå*** ser problemen först när de har uppstått och behöver därför generella strategier, t.ex att alltid skriva listor
Behöver anpassning med hjälp av annan person	○ Patient som befinner sig på ***intellektuell medvetenhetsnivå*** har inte förmåga att själv använda strategier utan behöver yttre stöd i form av annan person eller hjälpmedel

B Utförandeanalys

B 1) Notera vilka problem som uppstår

Problem här definieras som något som görs konstigt eller ineffektivt, t ex hämtar en sak i taget, stänger inte skåp och lådor, gör inte som det var överenskommet. I steg 2 analyseras orsaken till det som uppstår.

Taxonomin för utförandefärdigheter kan vara till stöd för att identifiera problem.

B 2) Analys av orsaker till problem som uppstår

Analysen innebär att ta ställning till vilka kognitiva funktioner (uppmärksamhet, visuell bearbetning, minne, informationsbearbetning och exekutiv funktion) som är nedsatta och orsakar de problem som noterats och uppstår i aktiviteten.

Exempel: Patienten tar annat pålägg vid tillredning av en smörgås än det som bestämts innan påbörjande av aktiviteten.

Orsak kan vara;

- bristande uppmärksamhet när aktiviteten planerades
- minnesproblem, kommer inte ihåg vad som planerats
- exekutiv problematik, avviker från planen och följer en impuls att ta annat pålägg

B 3) Konstatera vilka problem som ger störst konsekvenser för utförandet

Då det kan finnas flera kognitiva nedsättningar som påverkar aktivitetsutförandet konstateras vilken eller vilka som har störst inverkan då denna är det som i första hand ska adresseras.

C Dynamisk bedömning

Vid dynamisk bedömning görs en analys av inlärnings- och förbättringspotential. Syftet är att kunna ta ställning till om patienten kan tillgodogöra sig träning och använda strategier. Dynamisk bedömning ger även arbetsterapeuten en möjlighet att specifikt kunna uttala sig om vilken typ av strategier patienten behöver för att klara att utföra en speciell aktivitet när detta är aktuellt.

I första hand rekommenderas att en dynamisk bedömning utförs vid ett separat tillfälle som följer efter en första observation i aktivitet. Det är då möjligt att välja en lämplig aktivitet som är utmanande för patienten där liknande problem som vid tidigare observation kan uppstå. Det är då även viktigt att välja en aktivitet med tillräckligt många moment och tillräcklig tidsomfattning så att liknade svårigheter kan uppstå vid flera tillfällen. Görs den dynamiska bedömningen separat ger det även arbetsterapeuten möjlighet att i förväg ta ställning till vilka ledtrådar som är lämpliga att ge under bedömningen.

I de fall där en separat dynamisk bedömning inte kan genomföras är det viktigt att göra denna bedömning parallellt med den observation som ligger till grund för utförandeanalys. Det som bedöms är om patienten har nytta av ledtrådar och om patienten tar lärdom från det ena problemtillfället till nästa.

Praktiskt genomförande:
Dynamisk bedömning görs genom att ledtrådar ges på olika nivåer när problem uppstår.

Exempel på tillvägagångssätt:
När ledtrådar ges, börja på en generell nivå för att successivt bli mer specifik, t ex vid bryggning av kaffe;

- Generell ledtråd: Har du gjort allt du ska?
- Mer specifik ledtråd: Har du fyllt på allt du ska?
- Specifik ledtråd: Har du fyllt på vatten i behållaren?

C 1) Observation av inlärning/förbättringspotential

- Upprepas samma typ av ”fel”?
- Korrigerar patienten själv?
- Tar patienten fasta på ledtrådar och justerar sitt agerande?
- Gör patienten anpassningar som sedan används fortsatt under aktiviteten?

- Om anpassning av uppgiften eller miljön görs, förbättrar detta utförande?

C 2) Bestämma vilken strategi som kan minska ”felen”

- Om patienten kan korrigera sig själv räcker det med en reflektion tillsammans med patienten samt tips och råd om strategier.
- För de patienter som har behov av ledtrådar och har tillräcklig medvetenhet om konsekvenser av problem handlar det om att komma fram till vilken typ av strategi som motsvarar det ledtrådarna innebar. Kan t ex en checklista vara till hjälp? Och hur omfattande beskrivning behöver det vara på checklistan?
- Om mer handgriplig hjälp behövs under bedömningen innebär detta att patienten inte själv kan använda strategier utan behöver hjälp av annan person.

C 3) Analys av behov av nivå på ledtrådar

- Vad blev slutsatsen av det vi observerade?
- Kunde patienten korrigera sina misstag?
- Om inte, hur svarade patienterna på de givna ledtrådarna?
- Räckte det med ett litet påpekande eller behövdes mer handgriplig hjälp?

Bedömningen samlas ihop och slutsatser dras

Information från insikts-/medvetenhetsbedömning, utförandeanalys och dynamisk bedömning samlas ihop. Resultatet kopplas till patientens livssituation och den betydelse det får i patientens vardag.

Avgörande för den samlade slutsatsen är nivå av medvetenhet. **Är patienten på intellektuell medvetenhetsnivå eller omedveten om sina problem behöver anpassningar göras med hjälpmedel eller med hjälp av annan person utifrån det som främst orsakar problem.**

Exempel: Inloggning på dator. T.ex. låt datorn vara på inloggad, ta bort lösenord eller låt någon annan person sköta inloggning så man slipper detta moment.

Är patienten på aktuell eller föregripande medvetenhetsnivå görs ställningstagande till lämplig strategi utifrån resultatet av utförandeanalysen och den dynamiska bedömningen. En generell strategi används när patienten är på aktuell medvetenhetsnivå och därmed inte i förväg kan planera och använda en strategi. I samråd med patienten bestäms vilken strategi som alltid behöver användas och när det är aktuellt.

Vid föregripande medvetenhet behöver patienten hjälp att ta fram lämplig strategi och träning i användning av denna. Därefter kan patienten själv avgöra när den är aktuell att använda.

Exempel: Glömmer hur man gör (minnesproblematik) vid inloggning på dator, mejl. Strategin kan då vara att använda en skriftlig lathund. Har den dynamiska bedömningen visat att det räcker med en generell ledtråd för att förbättra utförandet kan ”lathunden” bestå av endast korta punkter. Är det däremot ett behov av mer omfattande ledtrådar behöver kanske instruktionen bestå av bilder, dvs printscreen, för varje moment.

Slutsatsen från utförandeanalysen

Slutsatserna handlar om att ta ställning till vilken kognitiv funktion som påverkar aktivitetsutförandet mest och hur evidensen ser ut för träning av denna funktion. Evidensen idag säger att uppmärksamhet och arbetsminne är de kognitiva funktioner som går att funktionsträna, det vill säga går att återträna, men endast som komplement till kompensation. Övriga kognitiva funktioner kräver ett kompensatoriskt angreppssätt, det vill säga att man använder sig av en strategi eller anpassning. Beroende på vilken kognitiv funktion det gäller görs olika kompensation, till exempel vid nedsatt exekutiv funktion med svårighet att skapa struktur innebär det att kompensationen ska erbjuda strukturen. Svårighet att minnas innebär att kompensationen ska erbjuda påminnelse, hjälp att lagra eller återkalla. Utifrån grad av medvetenhet görs denna kompensation självständigt eller med hjälp av annan person.

Slutsatsen från den dynamiska bedömningen

Ger ytterligare svar kring medvetenhet och om strategier är aktuellt, vilken sorts strategi som kan hjälpa patienten. Grunden för vilken sorts strategi som ska väljas beror på vilken typ av ”fel” som görs. Dessutom beskriver den dynamiska bedömningen omfattningen på de ledtrådar som strategin behöver ge för att strategin ska kunna förbättra patientens utförande.

Sammanfattning av hur slutsatser kan dras.

1. Första delen för att komma till en slutsats består av att ta ställning till om patienten har tillräcklig insikt för att själv kunna medverka i att förbättra utförandet av aktivitet
2. Nästa del för att komma till en slutsats gäller att välja den typ av behandling som är lämpligast d.v.s. träning av funktion, strategi eller att göra en anpassning, beroende på vilken funktion som är främsta hinder för aktivitetsutförande
3. Slutligen ger den dynamiska bedömningen information om hur strategier ska utformas då strategier ses som en lämplig åtgärd.

Konklusion

Denna ska bestå av en tydlig beskrivning av ovanstående och leda till en konkret beskrivning av vad som är en lämplig intervention.

Intervention

Interventioner kan inriktas på följande åtgärder beroende på slutsatserna från bedömningen;

- Insiktshöjande åtgärder vilket är prioriterat.
- Förbättra utförande av aktiviteter som är kognitivt utmanande genom anpassning eller strategier som kompensation för nedsatt kognitiv förmåga. I vissa fall med kognitiv funktionsträning som komplement.
- Träning för att klara en specifik aktivitet trots kognitiva svårigheter.

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

- Stöd av annan person genom anpassningar, programmering av hjälpmedel och teknisk apparatur, vägledning samt uppgiftsspecifik träning.
- Självständig kompensation genom användande av interna eller externa strategier. Se stöddokumentet för ytterligare beskrivning av interventioner.

Dokumentation och överrapportering i vårdkedjan

Melior

Resultat och slutsatser från generell kognitiv bedömning och fördjupad kognitiv bedömning dokumenteras i patientens journal under “Bedömning, arbetsterapeut” alternativt “Beh, uppföljning, arbetsterapeut” och under relevanta sökord.

Sökord: Bedömningsorsak

- Syftet med bedömningen preciseras, t.ex.: “Observation av kognitiva svårigheter i aktivitet för att utreda fortsatt behov av bedömning/behandling.”

Sökord: Bedömningsinstrument

- Tillvägagångssätt för kognitiv bedömning förtydligas, t.ex.: “Dynamisk bedömning av kognitiv förmåga, insikt/medvetenhet och inlärningspotential samt analys av orsak till eventuella problem.”
- Om standardiserat test används dokumenteras:
    - vilket test

- aktuell version

Sökord: Funktion, aktivitet och delaktighet

- Dokumentera fynd avseende:
  - anamnes
  - observationer
  - patientperspektiv
  - insikt
- Beskriv även tidigare förmåga och aktivitetsförutsättningar som kan påverka aktivitetsutförandet.

Under rubriken "Bedömning"

- Sammanfatta slutsatserna kring hur förändrad kognitiv förmåga påverkar aktivitetsutförandet.
- Relatera till patientens livssituation och vardag.
- Bedöm om det finns risker för patientens säkerhet.

Under rubriken "Planering"

- Dokumentera lämpliga åtgärder för:
  - fortsatt inneliggande vård
  - uppföljningsbehov

SAMSA

Uppföljningsbehov av förändrad kognitiv förmåga som ger konsekvenser i vardagliga aktiviteter överrapporteras till nästa vårdinstans via SAMSA, se dokument Överrapportering av rehabiliteringsbehov för patient från sjukhus till kommun och primärvård

I patientens planeringsmeddelande dokumenteras genomföra bedömningar och åtgärder under *Planerade och utförda rehabilitering/habiliteringsåtgärder vid denna vårdkontakt.*

- Uppföljningsbehov dokumenteras i fältet för *Bedömt behov av rehabiliterings-/habiliteringsåtgärder, bostadsanpassning och hjälpmedel efter denna vårdkontakt.*
- Under A*ktivitet och funktion – Nuvarande tillstånd* bedöms aktuell nedsättning och grad, vilket kan förtydligas i fritextrutorna under lämplig rubrik.

Referenser och relaterade dokument

Björkdahl, A. (2015). *Kognitiv rehabilitering. Teoretisk grund och praktisk tillämpning.* Studentlitteratur.

Crosson B, et al. (1989) Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. J Head Trauma Rehabil 4(3):46-54.

Fisher, AG. Martella, Abbey. (2019) *Powerful practice; A Model for Authentic Occupational Therapy.* Fort Collins, Colorado: CIOTS, Center for Innovative OT Solutions.

Fisher AG. (2009) Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins, CO: Three Star Press.

Folstein et al. *Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiat Res 1975;12:189-198

Frölich, K. & Torkpoor, R. Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS). rudas---s-manual-svenska.pdf

Lidström Holmqvist, K. (2023). *Checklista vid kognitiva svårigheter i aktivitetsutförandet – observationsunderlag för bedömning av ADL-förmåga.* Sveriges Arbetsterapeuter.

Malia K, Brannagan A. (2023) Brain Tree Training. Summary of Evidence Base for Cognitive Rehabilitation as of January 2023. Available from: https://www.braintreetraining.co.uk/CRevidence.php Retreived 2025-08-26.

Malia K, Law P, Sidebottom L, Bewick K, Danziger S, Schold-Davis E, et al. (2005) Society for cognitive rehabilitation; Best practice for cognitive rehabilitation. https://www.societyforcognitiverehab.org/documents/EditedRecsBestPrac.pdf

Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 53, 695-699

Toglia JP. (2011) A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation. In: Katz N, editor. Cognition and occupation across the lifespan: models for intervention in occupational therapy. 3:rd ed. Bethesda: AOTA Press.

Bilaga: Stöddokument för intervention vid kognitiv nedsättning

Bilaga: Fördjupad information om Crossonmodellen

Bilaga: Dynamisk bedömning

mocacognition.com

Utbildning MoCA del 1-3; Bedömningsinstrument Verksamhet Arbetsterapi och Fysioterapi - Sahlgrenska Universitetssjukhuset

MMSE-NR3 (svensk version) | Mindmore

RUDAS-S och MCE-S - Vårdgivare Skåne

Arbetsgrupp

Ann Björkdahl, Docent, Universitetssjukhusöverarbetsterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi Högsbo

Andreas Köbi, Arbetsterapeut, Arbetsterapi Östra

Emma Ulfsson, Arbetsterapeut, Arbetsterapi Sahlgrenska.

Paulina Norén, Specialistarbetsterapeut, Arbetsterapi Sahlgrenska

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Linda Kristensson, (linkr3), Enhetschef

Granskad av: Carina Dahl, (carda6), Enhetschef

Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-89

Version: 7.0

Giltig från: 2026-09-09

Giltig till: 2028-09-09