

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Ann Björkdahl, (annbj15), 1:e Arbetsterapeut
Granskad av: Linda Kristensson, (linkr3), Enhetschef
Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-10

Giltig till: 2027-11-10

Kognitiv problematik - ARB

Syfte

Säkerställa att patienter med kognitiv problematik erhåller rehabilitering av god kvalitet samt bedöms och behandlas lika inom SU utifrån evidens och beprövad erfarenhet.

Ansvar

Alla arbetsterapeuter inom SU som möter patienter där det finns behov av att bedöma kognitiv problematik och föreslå åtgärder.

Bakgrund

Gällande insikt utgår den teoretiska grunden från Crosssons modell för medvetenhet (1). Kit Malia, Society for cognitive rehabilitation ger strukturen för hjärnans funktion och principerna för träning av kognitiva funktioner (2). Dynamisk bedömning och principer för multikontextuell infallsvinkel är hämtat från Joan Togliata (3,4,5). Som modell för den arbetsterapeutiska processen används här OTIPM (Occupational therapy intervention process model) (6,7).

Arbetsbeskrivning

Bedömning

För att på ett säkert sätt kunna uttala sig om vilka kognitiva nedsättningar som finns samt vilka åtgärder som är aktuella skall följande tre aspekter bedömas i aktivitet:

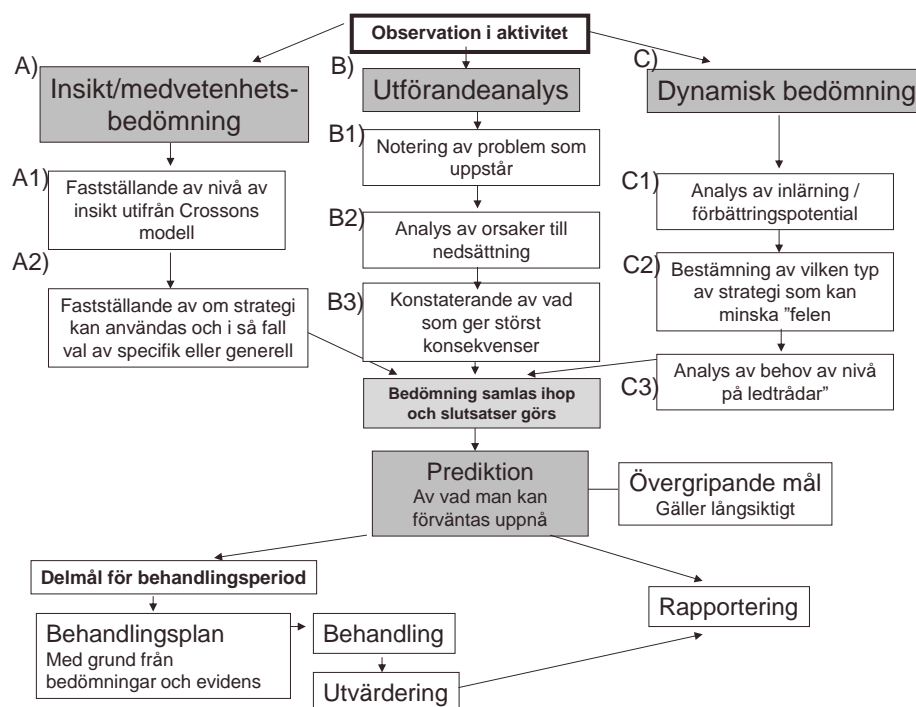
- Insikt och medvetenhet (insikts-/medvetenhetsbedömning)
- Aktivitetsförmåga (aktivitets-/utförandeanalys)
- Förmåga till inläring (dynamisk bedömning)

I de fall där ovanstående är svårt att genomföra pga. bristande kompetens eller annan anledning görs en observation av en aktivitet i syfte att upptäcka om kognitiva problem verkar finnas och behöver utredas närmare.

Kognitiva screeninginstrument som till exempel MoCA (Montreal Cognitive Assessment) och NKSU (Neurobeteende vid kognitiv statusundersökning), kan användas som komplement för att upptäcka eller styrka att kognitiv nedsättning finns. Bedömningsinstrumenten kan inte enbart utgöra grund för den arbetsterapeutiska bedömningen av kognitiv förmåga, då dessa främst visar om problem finns och inte orsak eller konsekvens.

[För ytterligare information om kognitiva screeninginstrument, se bilaga.](#)

Flödesschema för kognitiv bedömning i aktivitet:



Observation i aktivitet

Observera patienten i en aktivitet. Lämpligast är 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 till exempel en hushållsaktivitet som innehåller flera moment.

Patienten ska vara informerad om bedömningens syfte. Patienten och arbetsterapeuten kommer överens om vilken aktivitet som ska utföras.

Arbsterapeuten visar förvaringsplatser och aktuell utrustning i syfte att senare kunna dra slutsatser om kognitiv förmåga utifrån utförandet.

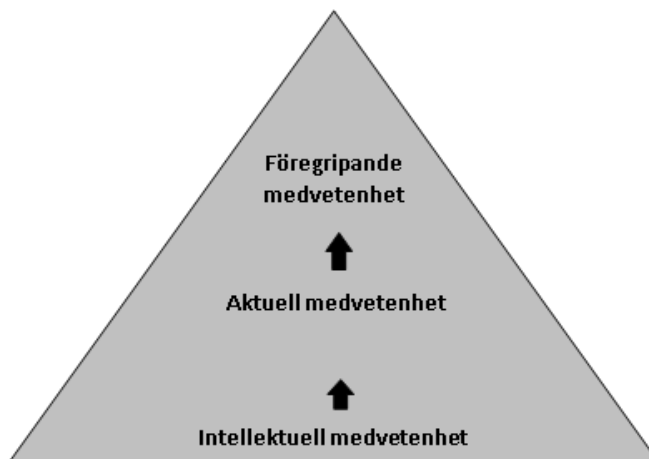
Förslag på aktiviteter:

- Hushållsaktivitet
- Aktiviteter i personlig vård (kan även vara delmoment)
- Enklare ärenden, köpa tidning mm
- Uppgift att hämta mat, kläder, handdukar, övrigt material på avdelningen
- Hantverksaktiviteter
- Datoruppgifter, skriva mejl, betala räkningar mm

Andra situationer kan användas som komplement till den strukturerade bedömningen t ex vid matsituationer eller när patienten skall orientera sig på avdelningen där patienten observeras utan föregående planering av aktiviteten.

A. Insikt/medvetenhetsbedömning

Grad av insikt hos patienten är avgörande för vilken intervention som blir aktuell. Insikt delas in i tre nivåer enligt Crosson modellen. [För fördjupad information om Crossonmodellen och insikt och medvetenhet, se bilaga.](#)



A Steg 1 Bestämna 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 upplevelse och beskrivning av sin förmåga.

Exempel på det praktiska genomförandet:

- Patienten skattar sitt utförande före och efter aktivitet gällande svårighet att utföra aktiviteten och behov av hjälp för

genomförandet. Efter genomförandet läggs även aspekten förändring jämfört med innan sjukdom eller skada. 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 behövs, 2. Lite påminnelse, 3. Tillfällig hjälp, 4. Lite hjälp, 5. Mycket hjälp

Förändring

1. Ingen skillnad, 2. Liten förändring, 3. Medelstor förändring, 4. Stor förändring

- 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 Crosson modellen utifrån det underlag som framkommer.

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

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

A Steg 2 Bestämna om strategier kan användas och hur:

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

Kan själv kompensera med hjälp av 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
- 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

B. Utförandeanalys

B. steg 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.

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. steg 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.

B. steg 3 Lyft fram det eller de problemområden som ger störts konsekvenser för utförandet

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 arbetsterapeuten en möjlighet att specifikt kunna uttala sig om vilken typ av strategier patienten behöver för att klara att utföra en speciell aktivitet.

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 för 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 på detta sätt är det viktigt att väga in den dynamiska aspekten i övriga situationer där patienten observeras. Det vill säga har patienten nytta av ledtrådar och lär sig patienten från det ena tillfället till nästa.

Praktiskt genomförande

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

Förändring av aktiviteten eller i miljön kan också göras för att se om patienten är hjälpt av detta.

Exempel på tillvägagångssätt

När ledtrådar ges, börja på en mer generell nivå för att successivt bli mer specifik, t ex vid brygning 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. steg 1 Observation av inläring/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. steg 2 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?

C. steg 2 Bestämna 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.

[För fördjupad information om Dynamisk bedömning, se bilaga](#)

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 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.
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 print screen, för varje moment.
- 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 dator. T ex låt dator vara på inloggad, ta bort lösenord eller låt någon annan person sköta inloggning så man slipper detta moment

Slutsatsen från utförandeanalysen

Handlar om 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.

Övriga kognitiva funktioner kräver ett kompensatoriskt angreppssätt, det vill säga att man använder sig av en strategi eller anpassning. Beroende på vilken kognitiv funktion görs olika kompensation t ex nedsatt exekutiv funktion med svårighet att skapa struktur innebär att kompensationen ska erbjuda strukturen. Svårighet att minnas innebär att kompensationen erbjuder påminnelse.

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 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.

Prediktion

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

Exempel: Den nedsättning som framför allt har inverkan på utförandet är minnesproblem. Patienten glömmer mellan olika tillfällen t ex hur han ska logga in på datorn. Han uppvisar medvetenhet om problemen men kan i förväg inte se att de ska uppstå vilket gör att patienten kan vara hjälpt av använda en strategi. Då nivån av medvetenhet är aktuell och inte föregripande bör en generell strategi användas. I detta fall finns behov av någon form av ”lathund” för inloggning. Strategin (dvs att använda någon form av lathund) kan vara aktuell för alla slags aktiviteter som kräver att man kommer ihåg hur man ska göra en rad steg. Vid den dynamiska bedömningen framkom att han endast behöver stöd av generella ledtrådar för att förbättra utförandet vilket betyder att ”lathunden” kan göras som en punktlista med nyckelord.

I prediktionen bör även ingå tidsperspektiv för träning dvs total omfattning (antal veckor) samt intensitet (hur ofta och hur länge som behövs). Detta för att kunna ta ställning till vilka resurser som behövs och vart man ska lämna över för långsiktighet i rehabiliteringen.

Intervention

Interventionen kan inriktas på följande åtgärder beroende på slutsatserna från bedömningen:

- Insiktshöjande åtgärder
- Träning av kognitiva funktioner alternativt anpassning eller strategier för att kompensera för kognitiv nedsättning
- Träning för att klara en specifik aktivitet trots kognitiv nedsättning

Val av intervention utifrån beslutsträd för evidensbaserade interventioner vid kognitiv nedsättning finns beskrivet som "[Arbetsbeskrivning för intervention vid kognitiv nedsättning](#)" som är en del i Rutin - Bedömning och intervention ARB och FYS

Insiktshöjande åtgärder

1. Åtgärderna ska bestå av en för patienten viktig aktivitet
2. Patienten ombeds skatta hur det kommer att gå i aktiviteten
3. Efter genomförd aktivitet ombeds patienten att värdera hur det har gått
4. Diskussion och feedback om resultatet

Exempel:

En lärare med fr a nedsatt visuell bearbetning kan beskriva att han har problem i olika sammanhang på avdelningen. Vid samtal framkommer dock att han inte tänkt avstå från att undervisa i en kommande kurs. Han får då i uppgift att till nästa gång skriva ett brev till kursdeltagarna vilket han tror ska gå bra. Vid nästa tillfälle diskuteras brevet som läraren lagt ner mycket tid på men inte alls fått till. Han har då kommit fram till att detta inte alls gått så bra som han förväntat och han ser svårigheterna i jobbet framöver. Uppgiften har varit smärtsam men han säger själv att det var en bra uppgift som fick upp ögonen på honom.

Andra exempel för att få ett underlag för diskussion och reflektion som kan höja insikten kan vara:

Videofilmning med gemensam reflektion kring det som händer.

Att låta patienten "misslyckas" med en aktivitet kan också vara ett underlag för diskussion och feedback i syfte att höja insikten.

Skapa en gruppaktivitet där patienten kan få feedback från andra gruppmedlemmar och själv reflektera kring sin egen prestation i förhållande till andras.

OBS! Det är viktigt att säkerställa att det finns tid och möjlighet att ta hand om de reaktioner detta ger.

Träning av kognitiva funktioner alternativt anpassning eller strategier

Se även evidensbaserade interventioner under arbetsbeskrivning för interventioner vid kognitiv nedsättning!

Nedsatt uppmärksamhet

Funktionsträning:

Behandlingsprincipen här är att repetitivt utföra träning av uppmärksamhetskrävande övningar. Träningen bör kunna erbjudas dagligen under behandlingsperioden, helst under flera veckors tid.

Exempel på övningar:

- Stryka över en viss bokstav i en text
- Leta efter specifika ord i en text
- Datorspel/övningar som kräver att man håller fokus och håller koll på olika saker.
(Candy crush, nivåspel, wordfeud mm)

Anpassning:

Detta gäller fr.a. de som befinner sig på intellektuell medvetenhetsnivå och därför behöver hjälp att förbättra utförande av en aktivitet.

Exempel:

- Sanera den fysiska miljön från störande stimuli
- Erbjud hjälpmedel så som öronproppar/hörlurar
- Förenkla eller dela upp aktiviteten

Strategi:

För den som ligger på en aktuell eller föregripande medvetenhet.

En lämplig strategi identifieras och tränas in i en lämplig aktivitet. Fortsatt träning sker sedan med samma strategi men i andra situationer/aktiviteter.

Exempel på strategier:

- Lägga aktiviteter på en tidpunkt som gynnar genomförandet
- Planera att utföra krävande uppgifter i lugn miljö
- Dela upp och utföra ett moment i taget
- Ta regelbundna pauser

Aktiviteterna som väljs där strategin används kan variera och beror på patientens behov och intressen.

Visuell bearbetning

Funktionsträning:

Vid nedsättning av visuell bearbetning krävs kompensatoriskt angreppssätt.

Anpassning:

Exempel:

- För att hitta i garderoben: struktureras garderoben efter tydlig struktur, t.ex. färger eller olika lådor
- Skyltar/markeringar i omgivningen görs för att personen sedan själv ska kunna hitta föremål och orientera sig

Strategi:

Exempel:

- Gruppera inköpslistan efter ordning i affären för att hitta.
Gruppera kläderna i byrån efter hur ofta de används
- Att alltid söka av från ett håll till ett annat
- Ta fram markeringar för hur kläderna ska placeras för att vrida dem rätt vid påklädning
- Leta upp kännetecknen i omgivningen för att kunna orientera sig

Ovanstående strategier att gruppera och markera mm kan användas i en mängd aktiviteter där man har svårt att se och hitta saker.

Minne

Funktionsträning:

Vid nedsättning av minne krävs kompensatoriskt angreppssätt förutom när det gäller arbetsminne där evidens finns för funktionsträning.

Exempel:

- Datorträning så som Cogmed QM (5 dagar i 5 veckor 30 minuter per tillfälle) är exempel på arbetsminnesträning
- Andra datortränings program där uppgiften innebär att man får se något en kort stund och sedan ska återupprepa det man sett
- Överföring av text från ett papper till Worddokument eller annat där man ska minnas en del som sedan ska återges någon annanstans t ex beställningsnummer från en katalog

Anpassning:

Exempel:

- Hjälp av annan person att lägga fram föremål som patienten ska ha med sig, skriva in tider i kalender åt pat, påminna om tider, ställa in alarm etc
- Anlita hemsjukvård för medicinhantering etc. så att det inte blir bortglömt
- Tekniska hjälpmedel, alarm, timstock mm som någon annan programmerar
- QR-koder som kan avläsas med smartphone och kan innehålla instruktioner exempelvis en kod sitter i varje rum med instruktion om vad som ska städas där

Strategi:

Exempel:

- Alltid använda sig av minneslistor, kalender, tekniska hjälpmedel. Till exempel att alltid prata in på ett fickminne direkt när man fått information, ta bilder i aktivitet för att komma ihåg vad som har hänt. (personen sköter detta själv)
- Använda sig av rutiner för att komma ihåg
- Använda mindmap
- Använda associationer för att komma ihåg. Till exempel för att komma ihåg sifferkoder koppla siffrorna till välkända situationer/datum etc. (1224 = julafton)

Använda appar till smartphone eller läsplatta, Från myndigheten för delaktighet går det att få tips på appar som stöd vid kognitiv problematik samt kommunikationsproblem: [Teknik för kommunikation - MFD](#)

Informationsbearbetning

Funktionsträning:

Vid nedsättning av informationsbearbetning krävs kompensatoriskt angreppssätt. Uppmärksamhet och arbetsminne är viktiga grundfunktioner för informationsbearbetning därför kan det vara av nytta att träna dessa funktioner.

Anpassning:

Syftet här med anpassning och strategier är att få ned tempo i informationsflöde, minska mängd information att bearbeta och att underlätta processen att dra slutsatser utifrån information.

Exempel:

- Ge information skriftligt istället för muntligt
- Dela upp information, till exempel ge instruktioner ett steg i taget
- Rensa mängden stimuli, till exempel håll handfat och sängbord fria från onödiga föremål
- Minska momenten i en uppgift genom att till exempel plocka fram ingredienserna till en kaka i förväg
- Att i förväg få skriftlig information om vad man kan förvänta sig, till exempel en broschyr inför en operation

Strategier:

Exempel:

- Sortera post efter ett speciellt system. (Dela upp för att få kontroll över vad det är och lättare kunna dra slutsatser om vad som ska åtgärdas)
- Be någon annan skriva minnesanteckningar vid till exempel ett planeringsmöte för att sedan kunna gå tillbaka och ta till sig vad som sagts
- Få kontroll över sin dag genom att använda schema

Exekutiva funktioner

Funktionsträning:

Vid nedsättning av exekutiva förmågor krävs kompensatoriskt angreppssätt.

Anpassning:

Exempel:

- Tydlig och detaljerad arbetsledning till exempel av chef, närstående
- Steg för steg beskrivning ges för att hålla den röda tråden samt veta vad som ska göras
- Schema görs
- Boendestöd, hemtjänst, närstående som guidar
- Tekniska hjälpmedel för planering, igångsättning mm
- QR-koder strategiskt placerade som talar om vad man ska göra

Strategier:

Exempel:

- Lägga upp och använda schema
- Att själv använda sig av tekniska hjälpmedel till exempel appar så som ”handla-appen”, tidsuppfattnings-appen etc
- Mindmap för att organisera en aktivitet, till exempel för att planera ett kalas
- Strukturera sin miljö med markeringar, mappar, pärmar
- Följa en check-/punktlista för att motverka impulsstyrning
- Använda sig av en mall för problemlösning, planering eller utvärdering.
(Exempel på mallar ges separat)

Samtliga strategier tränas i relevanta aktiviteter eller aktiviteter som efterliknar verkliga aktiviteter.

Till exempel är det svårt att träna bankärenden i sjukhusmiljö.

Träningen som syftar till att patienten själv ska kunna se i vilka aktiviteter en strategi är lämplig att använda har beskrivits av Joan Toglia och kallats ”multicontext approach”. Med detta menas att strategin först tränas in i en lämplig aktivitet och sedan fortsatt används i andra aktiviteter som till en början är väldigt lika den först använda för att successivt skilja sig mer genom att den görs med annat material, i annan miljö samt kan skilja sig gällande typ av sammanhang. Exempelvis att efter checklista göra en fruktsallad och så småningom med hjälp av strategin ”checklista” kunna göra aktiviteten ”att utföra ärenden”. Samma strategi men olika aktivitet.

Träning för att klara en specifik aktivitet

Återträning för att klara en viss aktivitet trots nedsättning är vanligt i den arbetsterapeutiska behandlingen. Syftet är att klara att utföra just den tränade aktiviteten och tränas genom repetition av den aktuella aktiviteten som till exempel att tillreda frukost/brygga kaffe/klä sig. Utöver repetition kan anpassningar behövas göras som att istället för att brygga kaffe bestämmer man sig för att använda snabbkaffe och träna in det så att det blir en naturlig del vid tillredning av frukost.

Aktivitetsträning:

Repetition av vald aktivitet t ex klä på sig eller laga frukost.

Anpassning:

Exempel: Istället för att brygga kaffe anpassas aktiviteten och snabbkaffe används

Strategi:

Vanligtvis sker träning av en specifik aktivitet för personer med bristande medvetenhet och/eller svår nedsättning vilket gör att strategier inte brukar vara aktuella. Sker denna träning med en person med större resurser samt en tillräcklig medvetenhet kan däremot strategianvändning bli aktuellt.

Exempel: En checklista görs för den specifika aktiviteten

Referenser och relaterade dokument

- (1) Crosson B, et al. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1989;4(3):46-54.
- (2) Malia K, Law P, Sidebottom L, Bewick K, Danziger S, Schold-Davis E, et al. Society for cognitive rehabilitation; Best practice for cognitive rehabilitation. 2013; Available at: <http://www.societyforcognitiverehab.org/>, 2013.
- (3) Toglia J. A dynamic interactional model to cognitive rehabilitation. In: Katz N, editor. *Cognition and occupation across the life span*. 2nd ed. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 2005. p. 29-29-72.
- (4) Toglia J, Johnston MV, Goverover Y, Dain B. A multicontext approach to promoting transfer of strategy use and self regulation after brain injury: An exploratory study. *Brain Inj* 2010;24(4):664-677.
- (5) Neistadt ME. Assessing learning capabilities during cognitive and perceptual evaluations for adults with traumatic brain injury. *Occup Ther Health Care* 1995 03;9(1):3-16.
- (6) Fisher AG. *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; 2009.

(7) Fisher AG, Nyman A. FoU 1/2007: OTIPM, en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi. 2007;1.

[Bilaga: Kognitiva screeninginstrument](#)

[Bilaga: Fördjupad information om Crosssonmodellen](#)

[Bilaga: Arbetsbeskrivning för intervention vid kognitiv nedsättning](#)

[Bilaga: Dynamisk bedömning](#)

[Bilaga: Mall för dokumentation vid bedömning av kognitiv nedsättning](#)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Ann Björkdahl, (annbj15), 1:e Arbetsterapeut

Granskad av: Linda Kristensson, (linkr3), Enhetschef

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-89

Version: 5.0

Giltig från: 2025-11-10

Giltig till: 2027-11-10