



Niklas Håkansson och Rita Ehrenfors sätter fingret på avsaknaden av samordning på Hjärnskadeforum 2016.

# Samhället sviker

Samordningen saknas mellan rehabilitering och olika stödinsatser i landstingets och kommunal regi som krävs för personer med traumatisk hjärnskada. Trots att lagen föreskriver det.

– Ingen tar det yttersta ansvaret, säger Rita Ehrenfors, arbetsterapeut med lång erfarenhet av hjärnskade-rehabilitering.

Text: och foto  
Kerstin Orsén

kerstin.orsen@hjarnkraft.se



*Även om det inte går att beskriva hur illa det har varit så har jag alltid gjort mitt bästa”*

**H**ockeykillen Niklas Håkansson utsattes för oprovocerat gatuvåld då han var 15 år gammal. Han fick en traumatisk hjärnskada när en person slog en flaska i huvudet på honom. På Hjärnskadeforum 2016 föreläste Niklas Håkansson tillsammans med arbetsterapeuten Rita Ehrenfors om kampen för att komma tillbaka.

I filmen ”Motorsågar” beskrivs händelsen och hur den har påverkat både Niklas och hans familj. När Niklas vaknade på Astrid Lindgrens sjukhus fick han lära sig att gå och tala igen. Sedan skrevs han ut till en sjukhussäng i vardagsrummet utan planerad rehabiliteringsplan. Rehabiliteringen har bestått av punktinsatser, både i Sverige och USA, som av olika skäl inte har fungerat.

– Även om det inte går att beskriva hur illa det har varit så har jag alltid gjort mitt bästa, säger Niklas.

Problem med synen, huvudvärk, koncentrationssvårigheter, styra musklerna, stänga ute intryck, minne, balans och impuls-kontroll är med på listan över de kvarstående men som Niklas fortfarande brottas med.

Det har varit många svårigheter, bland annat med övergången från barn- till vuxeninsatser, vilket innebär att samordningen inte fungerar i praktiken.

– Det har varit svårt för Niklas att passa in. Det har gällt allt från storlek på sjukhussängar till själva verksamheterna. Det har varit svårt att hitta rehabilitering och rätt insatser för den somatiska och den psykiatriska problematiken. Båda har behövts - men vem ansvarar ytterst? Ansvaret fördelas idag på kommun och landsting. Samordningen är lagstadgad men det finns ingen budget och inga resurser, säger Rita som följt Niklas sedan 2008.

Ändå har han kommit långt. Han klarar att vara på scenen framför 180 personer och berätta med stöd av Rita.

*Vad har varit viktigt för att lyckas?*

Familjen har naturligtvis betytt mycket liksom gamla och nya vänner. Att det ställs krav. Vilket bemötande han får har också haft stor betydelse - själv kallar han sina assistenter ”kung eller slav” och beskriver hur stor skillnad det kan vara om de lyder ens minsta vink eller hjälper till att strukturera dagen.

Idag är Niklas snart 24 år, bor i en egen lägenhet, tränar regelbundet och har hjälp av assistenter. Han har uppdrag via Stiftelsen Akta huvudet att föreläsa i högstadieskolor om ungdomsvåld och hur ömtålig hjärnan är.

– Jag vill förhindra att det händer andra, avslutar Niklas.

## Läs mer

■ Läs mer om Niklas på [www.kampentillbaka.se](http://www.kampentillbaka.se)

# Kan ny teknik och e-hälsa vara verktyg i samordningen?

Hjärnskadeforum 2016 anordnades den 15 januari på ABF-huset i Stockholm med drygt 180 deltagare. Frågeställningen för dagen var "Kan ny teknik och e-hälsa vara verktyg i samordningen?". Konferensen anordnades inom ramen för Modellprojektet som drivs av Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft och Personskadeförbundet RTP, med finansiering av Arvsfonden.

#### Text:

Marie-Jeanette Bergvall  
marie-jeanette.bergvall@  
hjarnkraft.se

#### Foto:

Helena Tiderman & Kerstin Orsén

**D**et är tre år sedan vi tillsammans arrangerade Hjärnskadeforum 2013. Då presenterades Socialstyrelsens rapport om landstingens rehabilitering av personer med traumatisk hjärnskada samt Hjärnkrafts och RTP:s gemensamma kartläggning. Det var sammantaget en dystert bild som framkom och professor Jörgen Borg, Danderyds sjukhus sammanfattade situationen i tre begrepp.

**Röda mattan** - allt fler räddas till livet av en utvecklad akutsjukvård och får tillgång till kvalificerad rehabiliteringsmedicinsk kompetens den första tiden.

**Svarta hålet** – när patienten lämnar kliniken saknas en sammanhållen vårdkedja/långtidsuppföljning och ansvaret vältras över och bollas mellan en rad olika aktörer utan samordning. Samtidigt som ny kunskap inte implementeras i behandlingen

**Ättestupan** – många behandlingsinsatser upphör vid 65 år

**Efter Hjärnskadeforum 2013** bildades en strategigrupp med representanter från professionen och Hjärnkraft/RTP för att föreslå förbättringar. Vi konstaterade att det inte var möjligt att genomföra arbetet inom ramen för ordinarie resurser. Hjärnkraft och RTP tog på sig att skriva fram en ansökan om projektmedel till Arvsfonden. Den beviljades och Modellprojektet började i maj 2015. Hjärnskadeforum 2016 var den första av tre



# ”What ever it takes”



konferenser inom projektet. Nästa konferens 2017 ska presentera de slutsatser och förslag som processgrupperna i projektet nu arbetar med. Hjärnskadeforum 2018 kommer att presentera de slutliga resultaten från Modellprojektet.

**Moderatorn för dagen** var Per Hamid Ghatan, rehabiliteringsläkare och forskare som på 90-talet byggde upp en kvalificerad hjärnskaderehabilitering på avd 84 på Danderyds sjukhus. Efter en presentation av Modellprojektet beskrev Niklas Håkansson med stöd av Rita Ehrenfors kampen tillbaka efter att som 16-åring ha blivit slagen i bakhuvudet med en flaska. Niklas är idag 23 år och har börjat föreläsa om sina erfarenheter om vad som hjälpt honom på vägen och sina erfarenheter av det som brustit.

Catherine Johnson, beskrev hur hon byggt upp verksamheten med Case Management för personer med förvärvad hjärnskada i Storbritannien. Där jobbar man enligt devisen ”What ever it takes”.

Under eftermiddagen presenterades och diskuterades ny teknik av neuropsykologerna Aniko Bartfai och Daniel Berggren, arbetsterapeut Inga-Lill Bohamn och sjukgymnast Susanne Palmcrantz.

Jean Luc af Geijerstam, rehabiliteringsläkare och utredare på E-hälsomyndigheten, beskrev myndighetens uppdrag och utmaningar. Socionom Marja Leena Kumulainen presenterade hur man arbetar med ny teknik i äldreomsorgen i Västerbotten, där hemtjänsten annars åker två varv runt jorden – varje månad.

1. Marie-Jeanette Bergvall, projektledare för Modellprojektet beskriver arbetet inom åtta samhällsområden.

2. Diskussion om case-manager nedanför scenen.

3. Per Hamid Ghatan och Meta Wiborgh sammanfattar konferensen.

4. Catherine Johnson, case-manager i Storbritannien.

“Vår inställning är att vi gör det som krävs för att personen ska få sina behov tillgodosedda”, säger Catherine Johnson.



# En Case Manager gör vad som krävs

Catherine Johnson började arbeta som socialarbetare i Storbritannien 1975. Sedan 1984 har hon främst arbetat med personer med hjärnskador, både med rehabilitering och på akut-neurokirurgiska enheter. Hon såg stora brister i vård och rehabilitering för dessa personer och bestämde sig för att etablera sig som Case Manager i företaget Rehab Without Walls som hon startade 1995 tillsammans med Dr Neil Brooks.

Text:  
Helena Tiderman  
Foto: Kerstin Orsén

På Hjärnskadeforum 2016 berättade Catherine Johnson om de erfarenheter man har i Storbritannien av Case Management.

– Idag är vi 21 personer som arbetar som Case Managers, CM, på *Rehab Without Walls* och vi har tillsammans hand om cirka 200 ärenden. Våra klienter är främst per-

soner med traumatiska hjärnskador, men även personer med andra svåra skador, säger Catherine Johnson.

**På 80-talet fanns** få samhällstjänster som stöd för personer med hjärnskador i Storbritannien. Tillgången på stöd var slumpartad och var ofta beroende av att någon närstående till personen med hjärnskada engagerade sig. De stödinsatser som fanns avslutades oftast i samband med rehabiliteringen.

– Samtidigt visade resultat från forskning att hjärnskador ofta kräver att många individuella terapier och tjänster involveras. Och det över lång tid, ofta för hela livet, berättar Catherine Johnson.

Man började då snegla på USA och deras idé om Case Management som startade för att kontrollera kostnaderna för försäkringsbolag och hälsoindustrin. Professionella från Storbritannien utbildade sig i USA och tog sedan med sig modellen hem.

Idag får endast 30 procent av de med traumatiska hjärnskador tillgång till Case Management i Storbritannien. De är de personer som får kostnaden betald av sitt försäkringsbolag.

– Bara enstaka svåra fall bekostas av myndigheterna via ersättningssystemet. Case Management fungerar separat från vård- och omsorgssystemet men överlappar båda dessa system till förmån för klienten, säger hon.

### Vad är Case Management?

Case Management är en process för samordning, rehabilitering, vård och stöd av personer med komplexa, kliniska behov. Det syftar till att underlätta självständighet och förbättra livskvalitet. CM är målorienterat och målen är alltid baserade på klientens önsknings och mål.

– En CM:s uppgift är att se till att personen får ett kontinuerligt, allomfattande stöd och rehabilitering – ofta livslångt. CM samordnar stöd från hälso- och sjukvård, sociala myndigheter med mera. Vår inställning är att vi gör det som krävs för att personen ska få sina behov tillgodosedda, säger Catherine Johnsson.

Catherine Johnsson var också med och grundade organisationen Babic, British Association of Brain injury Case Managers, 1996. Organisationen ger stöd, information och vägledning till CM som arbetar med personer med traumatiska hjärnskador. Babic anordnar även utbildningar och arbetar med kvalitetssäkring.

### Vad krävs

CM planerar, organiserar, mobiliserar och upprättar förbindelser för sin klients räkning. En särskilt viktig roll CM har är att hålla kontakt med klienten långt efter det att personal från andra discipliner avslutat. Avsaknaden av en sådan uppföljning är uppenbar bland personer utan CM.

– Vissa fall är väldigt komplicerade och familjen har inte alltid ett gott inflytande. Normala händelser i livet kan orsaka stora problem för personer med hjärnskador. CM måste ha förmåga att anpassa och förändra sitt arbetssätt, säger Catherine Johnsson.

Hon berättar som exempel om ett mycket komplicerat fall hon haft hand om sedan 2003. En flicka som var 7 år vid skadetillfället, muslim, sexuellt utnyttjad av sin farbror, med beteendeproblem och drogmissbruk.

– Flickans hemförhållanden var mycket svåra. De första akuta insatserna vi gjorde var

att rekrytera en muslimsk stödarbetare, se till att huset var beboeligt samtidigt som vi ansökte om alternativa boenden, vi säkerställde att hon mottog de förmåner hon hade rätt till samt introducerade psykolog angående hennes beteendestörningar.

Under denna period fick klienten även två barn som var i riskzonen att bli omhändertagna av myndigheterna. Idag lever hon i eget boende med sina två barn, med hjälp av en stödperson. Hon har fortfarande stort stöd av CM som varit hennes enda konsekventa stöd.

– Det här fallet visar på den mångfald av kunskap som ofta krävs. Kunskap om mental hälsa, barnomsorgslagstiftning samt om hjärnskaderehabilitering. Vi har också tagit hänsyn till klientens etniska och religiösa bakgrund. Samtidigt har vi hanterat problem som skydd i en familj där det finns en historia av sexuellt utnyttjande samt drogmissbruk. Vi har arbetat nära jurister, omsorgsmyndigheter, polis och sjukvårdspersonal, berättar Catherine Johnsson.

### Betydelsefull dom

En dom från 2005 (Wright v. Sullivan) har lett till att engelska domstolar nu vanligtvis inkluderar kostnaden för en CM i sina skadeståndstilldelningar. Man anser att det bör utses en enda yrkesverksam person för att utföra detta spektrum av stöd och omsorg en person med traumatisk hjärnskada kan behöva.

– Enligt domen måste en CM ha en relevant professionell kvalifikation, och ska företräda klienten och skydda denne från sårbarhet och utnyttjande, upprätthålla effektiva kommunikationssystem, samordna ett paket av rehabilitering och omsorg och stöd som personen har behov av. Åta sig att göra behovs- och riskbedömningar samt utforma en CM plan för att möta personens behov, säger Catherine Johnsson.

CM är nu ett accepterat sätt att hantera de långsiktiga effekterna av traumatisk hjärnskada i Storbritannien. En studie pågår nu där man ska utvärderar effekterna av stödsatser genom Case Management.

– Man börjar få upp ögonen för de positiva effekterna av CM och vår förhoppning är att fler kan ta del av detta i framtiden. CM är fortfarande relativt ungt, när den fungerar som bäst är det ett oslagbart sätt att hantera kroniska funktionsnedsättningar som vida överträffar nuvarande konventionella metoder, säger Catherine Johnsson.



*När CM fungerar som bäst är det ett oslagbart sätt att hantera kroniska funktionsnedsättningar som vida överträffar nuvarande konventionella metoder”.*



# Nationell ehälsa – hur ser det ut idag?



Under rubriken Nationell e-hälsa – hur ser det ut idag? beskrev Jean-Luc af Geijerstam, utredare från eHälsomyndigheten, vad e-hälsan är, myndighetens uppdrag och utmaningar.

Text:  
Pia Delin  
pia.delin@bredband.net  
Foto: Kerstin Orsén

Utöver sitt uppdrag som utredare är Jean-Luc af Geijerstam också läkare med erfarenhet från hjärnskaderehabilitering och forskar inom området lätta traumatiska hjärnskador. Dessutom har han erfarenhet av medicinsk utvärdering från SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Han inledde med frågan *Vad är eHälsa?*

– Hälsa handlar om verksamhetsutveckling av vård, hälsa och omsorg med hjälp av digitala verktyg. Syftet är att nå en ökad effektivitet, nytta och kvalitet för invånare, patienter, brukare och professioner.

**Ehälsomyndigheten bildades** i januari 2014. Efter apotekens avreglering 2009 tog myndigheten över uppgifterna från Apotekens Service AB som avvecklades.

– Vi ska skapa ett bättre informations-

utbyte genom att leda regeringens initiativ inom e-hälsoområdet. Och dessutom erbjuda effektiva och kvalitetssäkra tjänster till professioner och privatpersoner.

Myndigheten arbetar med att

- Samordna regeringens satsning på eHälsa.
- Lagra och förmedla alla elektroniska recept (98 procent är e-recept idag).
- Samlar in, bearbetar och förmedlar statistik om läkemedelsförsäljningen.
- Hälsaförmig - ett personligt hälsokonto där privatpersoner ska kunna ha överblick, lagra och administrera sin hälsoinformation. Hälsaförmig ska lanseras 2016.
- Ansvara för internationella e-hälsofrågor och förmedlar e-receptuppgifter över nationsgränserna.
- De stödjer också medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården.

**Utmaningarna** för eHälsomyndigheten är många. Det saknas en gemensam informationsstruktur och grundläggande tekniska förutsättningar för att använda, utbyta och återanvända information. Statlig styrning och myndighetsroller är otydliga. Lagstiftningen stöder inte. Ingen gemensam finansiering finns.

Myndighetens förslag är att det inrättas en samverkansorganisation och en beslutande nämnd. Att man förtydligar myndighetsuppdraget och inför en gemensam läkemedelslista. Att man gör huvudmännens ansvar tydligare samt ger eHälsomyndigheten en central roll.

*Är eHälsa lösningen på allt?*

– Nej, det finns risker som säkerhet, integritet, byråkratisering, krångel och administration samt förstärkt ojämlikhet.

– Det behövs samordning, långsiktighet, investering, samverkan mellan användare och profession, kunskap och forskning om vad som är effektivt och gör nytta, utveckling av metoder för att forska och sprida det goda till alla, berättar Jean-Luc Geijerstam. ■



Läs mer om eHälsa på <http://www.ehalsomyndigheten.se>

Bild: Dreamstime.



Ett hjälpmedel ska användas. Därför måste man utgå från brukarens mål, sa Inga-Lill Bohman.

## Tekniska hjälpmedel för kognition

– **Tidsbestämda påminnelser** i hjälpmedel är enligt forskningen bra. Men man måste tänka på vad som läggs in. Det ska vara viktigt och meningsfullt, säger Inga-Lill Bohman, med.dr och leg. arbetsterapeut samt forskare och rehabiliterings/vårdutvecklare vid Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken på Danderyds sjukhus. På Hjärnskadeforum beskrev hon en rad olika hjälpmedel.

Hjälpmedel med sensorer kommer inom allt fler områden.

– Sensoriska hemhjälpmedel med viktiga påminnelser är bra och kan användas till alla typer av elprodukter och även till exempel vattenkranar med automatisk avstängning.

Kognitiva hjälpmedel hjälper till med kommunikationen.

– Man kan ringa upp med bild så man ser den man pratar med. Roboten Giraffen är ett annat hjälpmedel. Detta kan även förflytta sig när brukaren flyttar sig i bostaden och användas som tillsyn av vården.

Multifunktionshjälpmedel såsom surfplatta, telefon och smart-TV är andra hjälpmedel. Det är viktigt att dessa hjälpmedel anpassas efter den som ska använda dem. Att det som läggs in kan användas. Det kan gälla kontakter, kalendrar, videosamtal, intag av mediciner mm.

– Ett hjälpmedel ska användas. Därför måste man utgå från brukarens egna mål. Att det är lätt användbart.

Pia Delin

pia.delin@bredband.net

ANNONS



Välkommen!

## Personlig assistans som utgår från ditt behov

Våra kunder får personlig assistans av god kvalitet som vi arbetat för, och lyckats bygga upp, i samarbete med våra kunder.

Har du svårt att hitta fungerande personlig assistans? Hör av dig till oss så kan vi hjälpa till!

### Vi erbjuder stöd hela vägen.

Vi kan rekrytera dina personliga assistenter från alla världens länder.

Du tar själv det ansvar du vill och kan.

Fyll i timrapporter för hand, på dator och skriv ut eller välj att signera tiderna elektronisk.

Vi ger dig 100 % kontroll på hela din assistanssamordning utan att du behöver begära det.



JETA JON Tel: 0512 30 20 22, E-post: [info@jetajon.com](mailto:info@jetajon.com). Webbplats: [www.jetajon.com](http://www.jetajon.com).

# Nya arbetssätt med stöd av modern teknik

I Norrbottens län ställer de stora avstånden vården inför stora utmaningar. Marja-Leena Komulainen, Koordinator e-Hälsa, kommunförbundet Norrbotten beskriver några lösningar på Hjärnskadeforum 2016.



## Text:

Johan Beckman

johan.beckman@hjernkraft.se

**B**akgrunden till Marja-Leena Komulainens föreläsning om behovet av ökad användning av ny teknik i 14 kommuner i Norrbottens län handlar om de utmaningar som vi som land som helhet står inför. Ökande och åldrande befolkning och minskad tillgång på vårdpersonal. Både landsting och kommun har stora ansvarsområden som spänner över flera olika former av vårdgivare. Så stor geografisk spridning medför risker i ansvarsfördelning, till exempel vem ansvarar för rehabiliteringen för personer med hjärnskador?

**Vad som skiljer sig** i problematiken för dessa 14 kommuner är de stora avstånden mellan dels vårdinrättningar och även för

utförarna att nå sina brukare. Som exempel kör hemtjänsten i Pajala två gånger runt jorden per månad!

För att klara dessa förutsättningar har man skapat arbetsmodellen RemoAge, vars syfte är att testa och utvärdera ny arbetsmetoder med hjälp av digitala lösningar. Konkret erbjuds personerna i sitt hem ett antal tjänster i form av olika service moduler. De använder digital teknik för att söka samverkan mellan kommun och landsting i erbjudandet av tjänster till kommuninvånarna

som på så sätt ändå får ta del av insatser som annars skulle vara omöjliga att upprätthålla med nuvarande resurser på traditionellt sätt.

Marja-Leena beskriver hur man testat en kamera för övervakning nattetid istället för fysiska besök. Andra exempel är att rehabilitering och sjukgymnastik kan ske virtuellt via en surfplatta istället för besök på vårdcentral. Andra exempel är digital medicinutdelning i form av en dosmaskin/dosett och hälsodagbok/vårdväska där patienten självmonitorerar sig i hemmet och rapporterar in till ansvarig sjuksköterska.

Tekniska lösningar som dessa och andra såsom läkarbesök/konsultation via nätet möjliggör också enklare lösningar av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivningar.

**Man förväntar sig** resultat såsom effektivare arbetsmetoder, stärkt samarbete mellan vårdgivare och ökad självständighet hos patienter och anhöriga. Men det ställer också krav på arbetsledning, ökade kunskaper om möjligheterna, samverkan mellan ovanliga kompetensområden i form av vården kontra tekniker samt en hög grad av problemlösningsförmåga hos alla inblandade.

Hindren som belystes är osäkerhet hos både vårdpersonal och patienter, dålig kunskap, teknikstrul och att organisationstänk har fått styra upplägget och inte patientens behov. Andra frågetecken är om detta passar gruppen personer med förvärvad hjärnskada? Vem tar på sig ansvaret kring rehabilitering? Och hur ser kompetensförsörjningen ut i kommunerna? Positivt är dock att bygemenskapen och brukarsamverkan stärks. ■





## Teknik som stödjer rehabilitering efter stroke

Susanne Palmcrantz, leg. sjukgymnast, specialist i neurologi, med.dr., rehabvårdutvecklare, koordinator av rehabiliteringsmedicinska teknikprojekt, Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken på Danderyds sjukhus.

**R**ehabilitering av motoriken efter stroke ger resultat. Det gäller individuell träning som ska vara intensiv, repetitiv och ligga på gränsen till förmågan. Träningen ska vara varierad och uppgiftsspecifik.

Det finns mycket teknik inom området och utvecklingen går snabbt. Det är viktigt att träningen är användbar i vardagen, till nytta och effektiv. Tekniken ska hjälpa så mycket som möjligt.

Ett nytt hjälpmedel som testats i ett projekt är Roboten exoskelett (Hybrid Assistive Limb). Den ger stöd till den försvagade delen av kroppen. Svaga viljeinriktade rörelser stärks och användaren får en bättre gångrörelse.

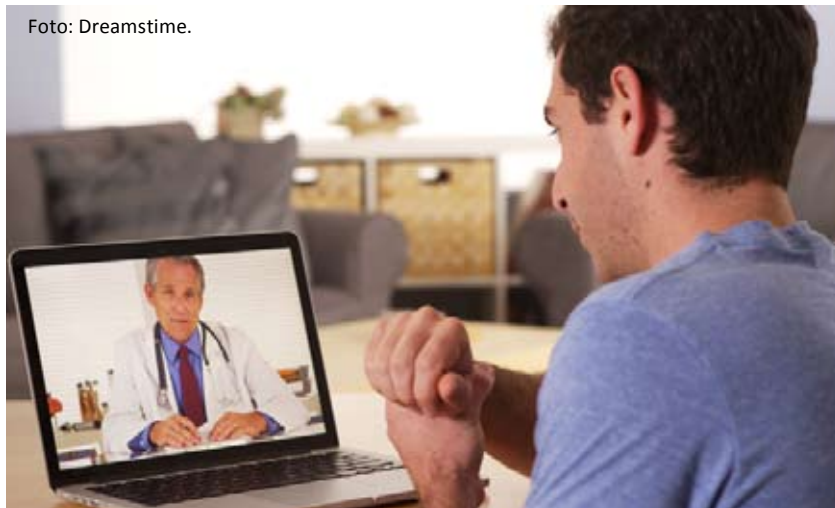
Ett annat projekt arbetar med hur man möjliggör träning hemma? Hur ska den tekniska hjälpen se ut?

En prototyp har tagits fram. Testövningar läggs in i en dator. Övningarna dyker sen upp hos användaren i en meny med olika rörelser att välja på. En videolänk finns för kontakt med vården. Man har dock sett problem med dåligt utbyggt internet.



Pia Delin

Foto: Dreamstime.



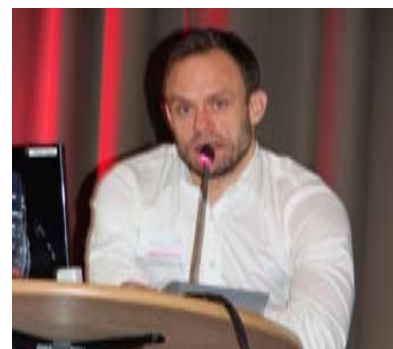
## Neurologisk gruppbehandling och arbetsminnesträning

Daniel Berggren, leg psykolog och ST-psykolog i klinisk neuropsykologi vid Östersunds rehabiliteringscentrum, beskrev vilka framsteg man sett i en kombinerad studie i Östersund.

**N**europsykologisk gruppbehandling kombinerad med nätbaserad arbetsminnesträning har effekt på kognitiva förmågor. I det neuropsykologiska rehabiliteringsprogrammet Cogmed används Psykoeduktiv insats (dvs att man lär ut vad sjukdomen innebär). Det ger ökad kunskap/insikt och strategier kring kognition och emotionell funktion efter hjärnskada. Deltagarna får utbyte av varandra vid sju gruppsessioner. Syftet är att reducera och hantera problemen.

– Patienterna får mera kunskap och förstår sitt minne bättre samt använder sig av bättre strategier. Man blir inte bara bra i Cogmed utan det är bra för skattningen och de anhöriga.

Arbetsminnesträningen går ut på att träna hemma, intensivt, under fem veckor. Patienten tränar visuospatiala och verbala övningar under 40 minuter, fem dagar per vecka. Träningen är internetbaserad vid dator eller läsplatta. Coacher/patienter kan följa träning och resultat



via nätet och coaching sker via telefon.

– Många patienter har svårt att ta sig igenom hela behandlingen. Metakognition, förvärvade strategier för inläring, kan vara en hjälp.

Kombinationsträningen gav förbättrade resultat på neuropsykologiska test gällande arbetsminne och uppmärksamhet.

– Både den egenskattade förmågan och de anhörigas skattningar av patientens kognitiva svårigheter var goda.

Ytterligare studier bör undersöka fler aspekter av långtidseffekter.

Pia Delin

[pia.delin@bredband.net](mailto:pia.delin@bredband.net)



Frågan ställdes på Hjärnskadeforum 2016 av Aniko Bartfai. Hon är adjungerad professor vid institutet för kliniska vetenskaper på Danderyds sjukhus, Karolinska Institutet.

# Kan man träna kognition?

Text: Pia Delin  
pia.delin@bredband.net

Illustration: © FabioBerti  
| Dreamstime.com

**Kognition** är en process i hjärnan när vi tar emot, bearbetar och förmedlar information – förmågan att tänka, känna och lära. Det kan handla om minne, tidsuppfattning, impuls kontroll, hur vi uppfattar signaler från våra sinnen, tidsuppfattning och initiativförmåga. Kognitionen kan påverkas på olika sätt vid olika hjärnskador.

**S**varet är inte självklart eftersom alla har olika förutsättningar. Hjärnan är erfarenhetsberoende. Inga hjärnor är identiska eftersom hjärnan påverkas av olika upplevelser, vilket även gäller tvillingar.

– Man kan kompensera vissa kognitiva problem med hjälpmedel men det krävs också rehabilitering. Man återtränar genom nya vanor, svarar Anika Bartfai på rubrikens fråga.

**Aniko Bartfai beskriver** principerna för kognitiv träning och pekar särskilt på vikten av samarbete mellan patient och behandlare eller coach, kunskap om teorimodeller för ett kognitionsområde, repetition, att man sätter upp mål och delmål samt tränar målinriktat.

– Det är viktigt att följa metodiken: Vilken kognitiv funktion man tränar. Varför och med vilket mål? Hur kommer man dit? Resultat ska följas upp. Man ska ge feedback. Under tiden ska svårighetsgraden öka. Man ska ge tips på strategier.

**Forskning är gjord** på området, främst evidensforskning. Det finns riktlinjer för kognitiv träning i många länder.

Tre olika modeller används i Sverige: Cogmed för minnesträning, APT och N-back för uppmärksamhetsträning.

Vid lättare minnesstörning används träning och vid svåra minnesstörningar används minnesbok (träning genom anteckningar).

– Det går att förbättra resultaten genom att kräva ett kunskapslyft för professionen samt ökade resurser, säger Aniko Bartfai.

Daniel Berggren Susanne Palmcrantz, Aniko Bartfai och Inga-Lill Boman i panelen. Foto: Kerstin Orsén

