

Bilaga B. Fortsatt rehabilitering

Innehåll

Bilaga B. Fortsatt rehabilitering	1
Innehåll	1
B-1 Aktivitetsbalans	2
B-2 Arbetslivsinriktad rehabilitering	2
B-3 Arbetsterapeutisk intervention: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP approach)	2
B-4 Bedömningsinstrument	3
Neurologiskt status	3
Funktionsbortfall.....	3
Munhälsa	3
Sväljförmåga	3
B-5 Fatigue	6
B-6 Kognitiv rehabilitering	7
B-7 Neuropsykologisk utredning - fördjupad information.....	8
B-8 Sexuell hälsa och samliv	9
B-9 Sociala aktiviteter och fritid.....	9
B-10 Slutenvårdsrehabilitering	9
B-11 Synrehabilitering	10
B-12 Uppgiftsspecifik träning.....	10
B-13 Vardagsrehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt.....	10
Referenser	11

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

B-1 Aktivitetsbalans

Aktivitetsbalans är en individuell och subjektiv upplevelse som handlar om att ha rätt mängd aktiviteter och variation av aktiviteter. Det innebär att ha balans mellan olika aktivitetsområden, aktiviteter av olika karaktärer och hur personen använder sin tid. Aktivitetsområden kan vara indelade i dagliga aktiviteter, arbete/sysselsättning, lek, fritid, vila och sömn. Aktivitetsbalans beskrivs även som personens egen upplevelse av att ha balans mellan fysiska, mentala, sociala och vilsamma aktiviteter och påverkas av den miljö och det sammanhang personen befinner sig i samt vilka roller personen har. Det innefattar även personens tillfredsställelse med aktiviteterna och de utmaningar som finns [1] (se film Webb-SKU: [Aktivitetens betydelse, hjärntrötthet och aktivitetsbalans](#)).

B-2 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Förslag på åtgärder riktade mot arbete:

- Erbjud bedömning av fysisk, kognitiv, kommunikativ och praktisk förmåga i relation till arbete, studier och sysselsättning [2, 3].
- Kartlägg hur eventuella nedsättningar kan komma att påverka återgång i arbete, studier och sysselsättning [3] samt vilka resurser som personen har för att kompensera för dessa.
- Få förtydliganden kring arbetets krav från arbetsgivaren [2].
- Ge tips och råd till patient och eller arbetsgivare kring anpassning av arbetsplats, arbetstid och arbetsuppgifter utifrån kognitiva svårigheter, till exempel anpassa sinnesintryck, strategier, bistå med information till arbetsgivare och eller kollegor [4].
- Samverka med andra aktörer för koordinering av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för hållbar arbetsåtergång [5].
- Rehabiliteringsprogram riktade mot arbete, studier och sysselsättning föreslås innefatta [2]
 - bedömning av potentiella problem utifrån roller och krav på arbetstagaren samt arbetsgivaren
 - plan för interventioner (rekommenderas skrivas in i vård- och rehabiliteringsplanen)
 - interventioner såsom coachning, anpassning av miljön, kompensatoriska strategier gällande nedsatt fysisk funktion, hantering av fatigue samt ha en stödjande funktion med inriktning mot arbete, studier och sysselsättning
 - rekommenderad tid för, och tillvägagångssätt för att kunna återgå i arbete.

För mer information se film Webb-SKU: [Arbetslivsinriktad rehabilitering](#).

B-3 Arbetsterapeutisk intervention: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP approach)

CO-OP Approach är en utförandebaserad behandlingsmetod (utbildning krävs) för personer som har svårigheter att utföra de färdigheter de vill, behöver eller förväntas utföra. Det är en intervention som guidar personer som insjuknat i stroke att självständigt upptäcka och utveckla kognitiva

strategier för att utföra nödvändiga uppgifter i vardagen som att klä av och på sig, tvätta sig, skriva för hand eller på dator och andra vardagliga aktiviteter [6, 7].

B-4 Bedömningsinstrument

Nedan ges förslag på bedömningsinstrument som kan användas.

Neurologiskt status

- National Institutes of Health Stroke Scale (se [NIHSS manual](#) och [Film NIHSS](#))

Funktionsbortfall

- Modified Rankin Scale (mRS) [8]

Munhälsa

- Revised Oral Assessment Guide - Jönköping (ROAG-J) [9]

Sväljförmåga

- Sväljscreening
 - The Gugging Swallowing Screen (GUSS) [10]
 - Standardized Swallowing Assessment (SSA) [11, 12]
- För att mäta grad av dysfagi
 - Functional Oral Intake Scale (FOIS) [13]
 - Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) [14]
- Självs kattningstest
 - Eating Assessment Tool (EAT-10) [15]
 - Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) [16]
- För att mäta sväljförmåga
 - Sväljkapacitetstest
 - Volume Viscosity Swallow Test (V-VST) [17]
 - Test of Mastication and Swallowing Solids (TOMASS) [18]
- Måltidsobservation
 - Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF-II) [19]

Nutrition

- Nutritionsbehandling
 - Mini Nutritional Assessment (MNA) [20]
 - Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF) [21]

Tal, språk och kommunikation

- Språk
 - Grundläggande neuropsykologisk undersökning (GNU)
 - Neurolingvistisk afasiundersökning (A-NING) [22]
 - Aphasia Severity Rating Scale (ur Boston Diagnostics Aphasia Evaluation)
 - Therapy Outcome Measures (TOM) för logopeder [23]
 - Boston Naming TEST (BNT) [24]
 - Token test [25]
- Tal
 - Dysartritest. Vid dysartri görs förutom perceptuell analys om möjligt även en inspelning [26].
 - Självsvarsformulär om Förvärvade Talsvårigheter (SOFT) [27]
- Självskattning av kommunikation
 - The Communication Outcome after Stroke (COAST) [28]
 - Carer Communication Outcome after Stroke (Carer COAST) [29]

Kognition

- Screening/bedömning
 - Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [30](Certifiering krävs för användning.)
 - Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS). För administrering krävs att man är legitimerad läkare eller psykolog [31].
 - Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) [32]
 - Trail Making Test (TMT) [33]

Fördjupad utredning görs i form av neuropsykologisk utredning. För flertalet av instrumenten krävs att legitimerad psykolog ansvarar för utredningen (se avsnitt om neuropsykologisk utredning).

Emotionella funktioner, psykosocial situation och nätverk

- Nedstämdhet
 - Becks depression inventory-II (BDI-II) - kräver att utföraren är legitimerade läkare, psykolog eller psykoterapeut [34].
 - Montgomery Åsberg Depression Rating Scale självskattning (MADRS-S) [35]
 - Patient Health Questionnaire ([PHQ-9](#)) [35]
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [34] ingår i flera kvalitetsregister men brister i psykometriska egenskaper enligt granskning av SBU [36]. För att säkerställa diagnos bör utredningen med HADS kompletteras med annan bedömning.
- Oro/ångest
 - Beck's anxiety inventory (BAI) [34]
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [34] (Se kommentar ovan.)

- Psykosocial situation
 - Kartläggning av psykosocial situation för att bedöma behov av psykosociala behandlingsinsatser och/eller sociala interventioner för patient samt närstående [37].

Fatigue

- Mental Fatigue Scale (MFS) [38]
- Svenska Fatigue Assessment scale (S-FAS) [39]
- The Multidimensional Fatigue Inventory MFI-20 [40, 41]
- För att utesluta sömnstörningar - Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) [42]

Rörelse- och förflyttningsförmåga

- Motorik/sensorik
 - Fugl-Meyer Assessment (FMA) [43]
- Muskeltonus
 - Modifierad Ashworth skala (MAS) [44]
- Balans/postural kontroll
 - Bergs balansskala [45]
 - Mini Balance Evaluation Systems Test (mini-BESTest) [46]
- Dynamisk balans/gång
 - Timed Up and Go (TUG) [47]
- Gång
 - 10 meters gång test [48]
 - 2 eller 6 minuters gång test [48]
- Arm- och handfunktion
 - Box and Block Test (BBT) [49, 50]
 - Nine Hole Peg Test (9-HPT) [49, 50]
 - ABILHAND [49, 50]
- Greppstyrka
 - Jamar handdynamometer [51]

Vardagliga aktiviteter, arbete och fritid

- Personliga, vardagliga och instrumentella aktiviteter
 - GAP i vardagens aktiviteter [52]
 - ADL-taxonomin® [53]
- Upplevelse av betydelse, nöjdhet och förmåga i aktivitetsutförande
 - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) [54]
- Kognitiv och eller motorisk bedömning av utförande i vardagsaktiviteter
 - The Perceive Recall Plan and Perform system of task analysis (PRPP) [55], utbildning krävs.
 - Assessment of Motor and Processor Skills (AMPS) [56], utbildning krävs.

- Uppmärksamhet i aktiviteter
 - Cathrine Bergego Scale (CBS), för arbetsterapeuter [57]
- Arbete
 - The Work Environment Impact Scale (WEIS) [58]
 - Assessment of Work Performance (AWP) [59]

Hälsosamma levnadsvanor

- Socialstyrelsens indikatorfrågor avseende fysisk aktivitet och stillasittande [60, 61]
 - Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale (SGPALS) [62]
 - Frändin/Grimby aktivitetskala [63]
- Kartläggning av levnadsvanor under aktivitet och stöd i förändringsprocessen [64]

B-5 Fatigue

Fatigue är ett multidimensionellt syndrom som är vanligt efter stroke (prevalens 25—85% beroende på studie) [65]. För utredning av fatigue rekommenderas att hela teamet bidrar (se film Webb-SKU: [Sena komplikationer vid stroke](#)).

Bedömning

- Teamets bedömning görs med objektiva tester och subjektiva skattningsskalor och kan förslagsvis se ut enligt följande, men uppdelningen kan variera beroende på teamets sammansättning:
 - Läkare:
 - bedömning om eventuella medicinska faktorer (uteslut andra orsaker såsom anemi, bristsjukdom, hjärtsvikt, malignitet, eventuell medicinbiverkan)
 - bedömning av eventuell depression/ångest/sömn/andra livssituationsfaktorer.
 - Psykolog:
 - fördjupad kognitiv testning med särskild betoning på uppmärksamhet, exekutiva funktioner och bearbetningshastighet som är vanligt hos personer med fatigue
 - utredning av psykologiska faktorer såsom depression/ångest/sömn/stress/andra livssituationsfaktorer (alternativt att detta redan görs vid läkarbesök).
 - Arbetsterapeut:
 - bedömning av inverkan av fatigue på aktivitetsutförande och aktivitetsbalans
 - bedömning i aktivitet.
 - Fysioterapeut:
 - bedömning av allmän fysisk funktion och hälsa
 - fysisk aktivitet.

Behandling

- Det saknas evidens för behandling av fatigue men då fatigue är vanligt efter stroke är individuell bedömning av behov och åtgärd samt uppföljning viktigt [66]. Beroende på vilka underliggande faktorer som identifierats handläggs fatigue pragmatiskt utifrån vad som är möjligt att åtgärda (till exempel sömnhygien, översyn av medicinering, depression).
- Fysisk träning och undervisning om aktivitetsbalans kan erbjudas för symtomlindring.

Strategier [34]

- Personer som fått stroke rekommenderas få information och råd om fatigue av personal med kunskap om post stroke fatigue.
- Uppmuntra personer med fatigue att kommunicera med sin omgivning (exempelvis vårdpersonal, familjemedlemmar och medarbetare) angående energinivå och behov av vila.
- Strukturera dagen för balans mellan aktivitet och vila (aktivitetsbalans) samt minska stimuli.
- Organisera miljön för att arbeta energibesparande, till exempel att sitta istället för att stå.
- Främja god sömnhygien/sömnmönster.
- Delegera lågt prioriterade aktiviteter som kan utföras av andra personer såsom familjemedlemmar.
- Ha en plan för adekvat näringsintag för att bibehålla energinivå.
- Använd tekniska lösningar för att minimera ansträngning, exempelvis handla online.

B-6 Kognitiv rehabilitering

Den huvudsakliga målsättningen med kognitiv rehabilitering är att förbättra personens kognitiva funktion i syfte att öka trygghet, delaktighet, självständighet och livskvalitet. Rehabiliteringen görs stegvis med betoning på följande processer:

- *Problemidentifiering, insikt och målformulering*: Att kartlägga kognitiva nedsättningar och hjälpa personen att nå insikt i sina styrkor och svårigheter och hur de påverkar vardagen är ett viktigt underlag för hur rehabiliteringen ska planeras och vilka mätbara mål som ska formuleras.
- *Funktions- och aktivitetsträning/kompensation*: Att ge personen nödvändig funktionsträning alternativt strategier och verktyg för att fungera så effektivt som möjligt. Funktionsträning kombineras med aktivitetsträning för att uppnå högre nivå av processfärdighet samt delaktighet och självständighet i viktiga vardagliga aktiviteter.
- *Internalisering*: Att personen genom repetition successivt automatiserar strategier för att uppnå självständighet.
- *Generalisering*: Att personen lär sig att överföra färdigheter för en viss uppgift i en miljö till olika miljöer eller från en uppgift till andra liknande uppgifter. Personer med mycket svåra hjärnskador kan inte förväntas klara av att generalisera.

Insikt om de egna nedsättningarna har en stor inverkan på motivation till träning och därmed också på behandlingsutfallet. För att till fullo förstå sina kognitiva funktionsnedsättningar behöver

personen kunna vara uppmärksam kring och reflektera över sin prestation. Att utveckla förmågan att tänka om sitt eget tänkande (metakognitiva processer) är en evidensbaserad metod för att öka insikt om funktionsnivå. Det gör man genom att personen återkommande får utvärdera hur utförandet gick och behandlaren på ett konkret men inte kränkande sätt, återkopplar resultatet i dialog med personen. Alla i teamet kan anamma detta förhållningssätt för bästa resultat [67].

B-7 Neuropsykologisk utredning - fördjupad information

En neuropsykologisk utredning initieras för personer som har behov av kognitiv rehabilitering i öppen vård och/eller har behov av insatser för att optimera arbetsåtergång [67] (se film Webb-SKU: [Neuropsykologens insatser](#)). Bedömning om kognitiva nedsättningar kan påverka förmåga att framföra fordon och hantera vapen.

Beroende på skadelokalisation kan olika modaliteter vara drabbade och vilka områden som bör utredas avgörs från fall till fall. Utredningen bör också innehålla en bedömning av premorbid förmåga för att kunna fastställa rätt målnivå för den kognitiva rehabiliteringen.

Nedan ges fördjupad information avseende bedömning av kognitiva funktioner som vanligtvis ingår i en neuropsykologisk utredning [68].

- *Insikt* är en komplex process som kan finnas inom vissa kognitiva domäner men inte andra. Bristande insikt kan vara direkt relaterad till hjärnskadorna men också bero på ett psykologiskt försvar eller vara påverkat av omgivningsfaktorer. Utredning av insikt är därför något som involverar hela teamet [69]. Under den neuropsykologiska utredningen kan man utreda om det kan finnas andra underliggande förklaringar till bristande insikt än hjärnskaderelaterade sådana [67].
- *Allmän intellektuell nivå samt logisk slutledningsförmåga* är viktiga att utreda för att fastställa vilka förutsättningar personen har att kompensera för nedsättningar. Problemlösningsförmåga kan vara påverkad sekundärt till andra underliggande funktionsnedsättningar som påverkar förmåga till logisk slutledning. Inför planering av rehabilitering behöver man kartlägga vilka dessa underliggande nedsättningar i så fall kan vara eftersom dessa behöver prioriteras i den kognitiva rehabiliteringen.
- *Exekutiva funktioner* består av flera olika funktioner såsom initiativtagning, impulskontroll, planering, efterkontroll, anpassning, konsekvenstänkande men också emotionell reglering. Olika skadelokalisationer kan ge exekutiva syndrom, vilket kräver att man utreder dessa funktioner med flera olika test eller tolkar utredningsresultaten utifrån processtänk.
- *Uppmärksamhetsfunktioner* ingår i vårt system för vakenhet men även som komponent i exekutiva funktioner. Man bör därför utreda om personen har problem med bibehållen, selektiv, alternerande eller delad uppmärksamhet. Även arbetsminnet klassificeras som en uppmärksamhetsfunktion.
- *Bearbetningshastighet* är ofta påverkat vid olika typer av kognitiv påverkan och kan tillsammans med nedsatt uppmärksamhetsfunktion vara en bidragande faktor till kognitiv fatigue.

- *Visuella och visuospatiala funktioner*, det vill säga förmåga att orientera sig visuellt i omgivningen men även i tid och rum är viktiga att utreda även när man bedömer risker i vardagsmiljön.
- *Minne*. Vardagliga upplevelser av dåligt minne påverkas ofta av bristande uppmärksamhet. Utredningen av minnesfunktioner bör därför även ta ställning till om det rör sig om primära minnesproblem eller minnesproblem som är sekundära till bristande uppmärksamhet då val av rehabiliteringsinsatser påverkas av detta.

För personer under 65 år med stora funktionshinder vilka förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen kan en personkretsbedömning för insatser enligt LSS bli aktuell. Den aktualiseras först när personen inte förväntas återhämta sig i någon högre grad. Tidigare insatser erbjuds oftast utifrån SoL [70].

B-8 Sexuell hälsa och samliv

Ge information och rådgivning om potentiell påverkan på relationer till personer som fått stroke och deras familj [3].

Personer med stroke rekommenderas erbjudas möjlighet att diskutera ämnen relaterat till sexualitet, intimitet och sexuell funktion med någon i teamet. Det kan gälla förändringar i sexuell lust, fysiska begränsningar samt emotionella konsekvenser på grund av strokeinsjuknandet [3] (se film Webb-SKU: [Sexualitet efter stroke](#)).

B-9 Sociala aktiviteter och fritid

Återupptagandet av sociala aktiviteter och fritid är viktiga delar för att känna delaktighet [3]. För att optimera återgång till roller, aktiviteter och social delaktighet rekommenderas personer med stroke, familjemedlemmar och vårdgivare få information, utbildning, träning och stöd efter utskrivning [3]. Personer som efter strokeinsjuknande har svårigheter att engagera sig/delta i fritidsaktiviteter och sociala aktiviteter bör få interventioner riktade mot detta utifrån sina mål [3]. Personer med stroke kan få information om och hänvisas till samhällets stödinsatser som egenvård gällande fysiska, sociala, emotionella, intellektuella och spirituella aktiviteter och delaktighet i samhället [3]. Information om patientföreningar kan ges som stöd för ökad delaktighet.

B-10 Slutenvårdsrehabilitering

Rehabiliteringen skräddarsys utifrån individuella förutsättningar när det gäller duration och intensitet. Högre dos av träningen ger bättre effekt på personens förmåga och funktion. När personen är medicinskt stabil och kan delta i träningen/rehabiliteringen är det önskvärt att uppgiftsspecifik träning sker av ett multidisciplinärt stroketeam tre timmar per dag, fem dagar i veckan [71].

För personer där det finns osäkerhet inför hemgång kan hembesök inför utskrivning ske [71].

B-11 Synrehabilitering

I samband med synrehabilitering rekommenderas

- bedömning och utredning av synskärpa, synfältsbortfall och nedsättningar i ögonrörelser
- information, stöd och råd från ortoptist och eller en ögonläkare [2]
- utbildning om visuospatial neglekt och behandlingar ges till patient och närstående [71].

B-12 Uppgiftsspecifik träning

Uppgiftsspecifik träning kan definieras som övningar där personen tränar meningsfulla och kontextspecifika uppgifter. Träningen fokuserar på att förbättra prestation och utförande i funktionella moment genom målinriktade och repetitiva uppgifter som stegvis försvåras [72]. Exempel på uppgiftsspecifika övningar är träning i vardagliga aktiviteter, gång och förflyttningar men även träning för att förbättra rörlighet, finmotorik, styrka, balans och postural kontroll.

B-13 Vardagsrehabilitering och rehabiliterande förhållningsätt

Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt som tillvaratar personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen och uppmuntrar eget handlande och att bibehålla vardagsaktiviteter [73].

Vardagsrehabilitering är ett arbetssätt inom kommunal hälso- och sjukvård och omsorg som utförs i hemmet eller i personens närmiljö [74]. Den utgår från ett personcentrerat arbetssätt som syftar till att stimulera och tillvarata personens egna resurser, det vill säga att kunna vara aktiv och bibehålla meningsfulla aktiviteter i vardagen genom målformulering och strategier baserat på dessa [75]. Bedömningar av personens förmåga att delta i vardagsrehabilitering ska göras av legitimerad personal med rätt utbildning. Det är viktigt att det finns tydliga kommunikationsvägar med vårdpersonalen, och att de får utbildning, stöd, råd och handledning av den legitimerade personalen [76]. Praktisk handledning och utbildning för personal rekommenderas ske med kontinuerlig uppdatering utifrån personens förmåga [3].

Exempel på rehabiliterande förhållningsätt är att personen får fortsätta göra meningsfulla aktiviteter eller får vara delaktig i de delar av aktiviteten som denne klarar av. Finns inte den fysiska förmågan till utförande ska personen få information under hela aktivitetsutförandet och få tid att tänka igenom aktiviteten för att vara förberedd på vad som händer i nästa steg.

Det är viktigt att ha en nära dialog med biståndsbedömare som beslutar om personens hjälp via SoL [70] och LSS [77] när så är tillämpligt, för bästa förutsättning för hjälpinsatser på rätt nivå.

Referenser

1. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(4):322-7.
2. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5 ed: Royal College of Physicians; 2016. Tillgänglig från: [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx).
3. Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *Int J Stroke.* 2020;15(7):789-806.
4. Arbetsmiljöverket Rapport 2014:2. Den hjärnvänliga arbetsplatsen – kognition, kognitiva funktionsnedsättningar och arbetsmiljö. Kunskapssammanställning. Solna: Arbetsmiljöverket; 2014. Tillgänglig från: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/den-hjarnvanliga-arbetsplatsen-kunskapssammanstallningar-rap-2014-2.pdf>.
5. SFS 2019:1297. Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter: Sveriges Riksdag; 2019. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20191297-om-koordineringsinsatser-for_sfs-2019-1297.
6. McEwen S, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, Doherty M, Wolf T. Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair.* 2015;29(6):526-36.
7. Wolf TJ, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, Doherty M, McEwen S. Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Affects Cognition and Upper-Extremity Function in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Am J Occup Ther.* 2016;70(2):7002290010p1-p10.
8. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke.* 1988;19(5):604-7.
9. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist.* 2002;22(5):181-6.
10. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke.* 2007;38(11):2948-52.
11. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):474-81.
12. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):463-73.
13. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20.
14. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia.* 1999;14(3):139-45.

15. Möller R, Safa S, Östberg P. Validation of the Swedish translation of eating assessment tool (S-EAT-10). *Acta Otolaryngol.* 2016;136(7):749-53.
16. Arenaz Búa B, Bülow M. Validation in Swedish of Sydney swallow questionnaire. *BMC Res Notes.* 2014;7:742.
17. Rofes L, Arreola V, Clavé P. The volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia and aspiration. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2012;72:33-42.
18. Hägglund P, Blom S, Thoden P, Karlsson F. The Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS): Normative data for two crackers available in the Scandinavian and international markets. *Int J Speech Lang Pathol.* 2020:1-9.
19. Vallén C, Hagell P, Westergren A. Validity and user-friendliness of the minimal eating observation and nutrition form - version II (MEONF - II) for undernutrition risk screening. *Food Nutr Res.* 2011;55.
20. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albarede JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999;15(2):116-22.
21. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging.* 2009;13(9):782-8.
22. Lindström E, Werner C. A-ning : neurolingvistisk afasiundersökning. Stockholm: Ersta högsk.; 1995.
23. Enderby P, John AP, Brian. Therapy Outcome Measures (TOMs) Logopedi/Speech pathology. 2006.
24. Tallberg IM. The Boston Naming Test in Swedish: normative data. *Brain Lang.* 2005;94(1):19-31.
25. De Renzi E, Vignolo LA. The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain.* 1962;85:665-78.
26. Wannberg P, Schalling E, Hartelius L. Perceptual assessment of dysarthria: Comparison of a general and a detailed assessment protocol. *Logopedics, phoniatrics, vocology.* 2016;41(4):159-67.
27. Hartelius L, Elmberg M, Holm R, Lovberg AS, Nikolaidis S. Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniater Logop.* 2008;60(1):11-9.
28. Long A, Hesketh A, Paszek G, Booth M, Bowen A. Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale. *Clin Rehabil.* 2008;22(12):1083-94.
29. Long A, Hesketh A, Bowen A. Communication outcome after stroke: a new measure of the carer's perspective. *Clin Rehabil.* 2009;23(9):846-56.
30. Toglia J, Fitzgerald KA, O'Dell MW, Mastrogiovanni AR, Lin CD. The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in persons with mild subacute stroke: relationship to functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(5):792-8.
31. Green S, Sinclair E, Rodgers E, Birks E, Lincoln N. The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) for post-stroke cognitive impairment screening. *Int J Therapy Rehabil.* 2013;20(11):536-41.
32. Davis AM, Cockburn JM, Wade DT, Smith PT. A subjective memory assessment questionnaire for use with elderly people after stroke. *Clin Rehabil.* 1995;9(3):238-44.

33. Tamez E, Myerson J, Morris L, White DA, Baum C, Connor LT. Assessing executive abilities following acute stroke with the trail making test and digit span. *Behav Neurol.* 2011;24(3):177-85.
34. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke.* 2020;15(6):668-88.
35. Mikami K, Sudo T, Orihashi Y, Kimoto K, Mizuma A, Uesugi T, et al. Effective Tools to Predict Depression in Acute and Subacute Phase of Ischemic Stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2021;33(1):43-8.
36. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinskt utvärdering (SBU); 2012. Tillgänglig från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/diagnostik-och-uppfoljning-av-forstamningssyndrom>. 603 s.
37. Öjehagen A, Gåfväls C. Definitioner av begrepp i kliniskt arbete inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Akademikerförbundet SSR; 2017. 2 s.
38. Johansson B, Starmark A, Berglund P, Rödhölm M, Rönnbäck L. A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain Inj.* 2010;24(1):2-12.
39. Bråndal A, Eriksson M, Wester P, Lundin-Olsson L. Reliability and validity of the Swedish Fatigue Assessment Scale when self-administered by persons with mild to moderate stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2016;23(2):90-7.
40. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res.* 1995;39(3):315-25.
41. Engberg I, Segerstedt J, Waller G, Wennberg P, Eliasson M. Fatigue in the general population-associations to age, sex, socioeconomic status, physical activity, sitting time and self-rated health: the northern Sweden MONICA study 2014. *BMC public health.* 2017;17(1):654.
42. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
43. Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehabil Med.* 1975;7(1):13-31.
44. Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther.* 1987;67(2):206-7.
45. Flansbjer UB, Blom J, Brogårdh C. The reproducibility of Berg Balance Scale and the Single-leg Stance in chronic stroke and the relationship between the two tests. *PM&R.* 2012;4(3):165-70.
46. Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. *J Rehabil Med.* 2010;42(4):323-31.
47. Chan PP, Si Tou JI, Tse MM, Ng SS. Reliability and Validity of the Timed Up and Go Test With a Motor Task in People With Chronic Stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(11):2213-20.
48. Flansbjer UB, Holmbäck AM, Downham D, Patten C, Lexell J. Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. *J Rehabil Med.* 2005;37(2):75-82.
49. Ekstrand E, Lexell J, Brogårdh C. Test-Retest Reliability and Convergent Validity of Three Manual Dexterity Measures in Persons With Chronic Stroke. *PM&R.* 2016;8(10):935-43.

50. Ekstrand E, Rylander L, Lexell J, Brogårdh C. Perceived ability to perform daily hand activities after stroke and associated factors: a cross-sectional study. *BMC Neurol.* 2016;16(1):208.
51. Svantesson U, Nordé M, Svensson S, Brodin E. A comparative study of the Jamar®; and the Grippit®; for measuring handgrip strength in clinical practice. *Isokinetics and Exercise Science.* 2009;17:85-91.
52. Eriksson G, Tham K, Kottorp A. A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: the Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). *Scand J Occup Ther.* 2013;20(2):152-60.
53. Waehrens EE, Fisher AG. Developing linear ADL ability measures based on the ADL Taxonomy: a Rasch analysis. *Scand J Occup Ther.* 2009;16(3):159-71.
54. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, van Kuyk-Minis MA. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil.* 2003;17(4):402-9.
55. Nott MT, Chapparo C. Exploring the Validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive Strategy Use in Adults with Brain Injury. *British Journal of Occupational Therapy.* 2012;75(6):256-63.
56. Bernspång B, Fisher AG. Validation of the Assessment of Motor and Process Skills for Use in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 1995;2(1):3-9.
57. Azouvi P, Olivier S, de Montety G, Samuel C, Louis-Dreyfus A, Tesio L. Behavioral assessment of unilateral neglect: study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84(1):51-7.
58. Ekbladh E, Fan CW, Sandqvist J, Hemmingsson H, Taylor R. Work environment impact scale: testing the psychometric properties of the Swedish version. *Work.* 2014;47(2):213-9.
59. Sandqvist JL, Björk MA, Gullberg MT, Henriksson CM, Gerdle BU. Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work.* 2009;32(2):211-8.
60. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>.
61. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälsa och sjukvård. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Stockholm: Sveriges Regioner i samverkan; 2021. Tillgänglig från: <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.888036617b192361ee2306f/1628610121306/Vardforlopp-generisk-modell-rehabilitering.pdf>. 40 s.
62. Grimby G, Börjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;25 Suppl 4:119-25.
63. Frändin K, Grimby G. Assessment of physical activity, fitness and performance in 76-year-olds. *Scand J Med Sci Sports.* 1994;4(1):41-6.
64. Haglund L. Kartläggning av levnadsvanor under aktivitet och stöd i förändringsprocessen. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2020. https://www.arbetsterapeuterna.se/media/3051/kartlaeggning-av-levnadsvanor_slutgiltig_dec-20.pdf.
65. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke.* 2016;11(9):968-77.

66. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2020. Tillgänglig från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-kunskapsunderlag-2020.pdf>. s. 727.
67. Haskins EC, Trexler LE. Cognitive rehabilitation manual : translating evidence-based recommendations into practice. Reston, VA: ACRM Pub.; 2012.
68. Nyman H, Bartfai A. Klinisk neuropsykologi. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2014. 432 s.
69. Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. Arch Phys Med Rehabil. 2019;100(8):1515-33.
70. SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet, Stockholm: Sveriges Riksdag; 2001. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
71. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. Int J Stroke. 2020;15(7):763-88.
72. Hubbard JJ, Parsons MW, Neilson C, Carey LM. Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice. Occup Ther Int. 2009;16(3-4):175-89.
73. Pettersson C, Iwarsson S. Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2015. <https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1572/vardagsrehabilitering.pdf>.
74. Hjelle KM, Skutle O, Alvsvåg H, Førland O. Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. J Multidiscip Healthc. 2018;11:305-16.
75. Metzelthin SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. Ageing Soc. 2020:1-16.
76. Moran A, Nancarrow SA, Enderby P. Mechanisms to enhance the effectiveness of allied health and social care assistants in community-based rehabilitation services: a qualitative study. Health Soc Care Community. 2015;23(4):389-98.
77. SFS 1993:387. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm: Socialdepartementet. Sveriges Riksdag; 1993. Tillgänglig från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387.