

Hälsouniversitet, Linköpings universitet

2012-01-27

Arbetssterapi inom Arbetstlivsinriktad rehabilitering, 7.5 hp

Examinationsuppgift.

KVALITETSSÄKRING SAKNAS INOM KOGNITIV HJÄRNSKADEREHABILITERING

Kristina Sargenius Landahl

Leg arbetsterapeut, MSc

Svårigheter med implementering av ny forskning i den kliniska verksamheten, brister inom arbetsterapeutisk utbildning och facklitteratur och frånvaro av styrningen på nationell nivå har resulterat i en arbetslivsrehabilitering som inte stimulerar till maximal återhämtning efter förvärvad hjärnskada. Detta riskerar i förlängningen att försämra patienternas möjligheter att återfå största möjliga arbetsförmåga efter genomgången rehabilitering.

De senaste 20 åren har ett intensivt forskningsarbete bedrivits för att utveckla interventioner som minskar kognitiva nedsättningar efter förvärvad hjärnskada. Detta har ansetts prioriterat då forskning visat att det föreligger ett samband mellan kognitiva nedsättningar och svårigheter i att återgå i arbete (1), samtidigt som multiprofessionell ospecifik rehabilitering visat sig ge en mer begränsad effekt på aktivitetsförmågan än vad man tidigare trott (2).

Det finns idag, som en följd av den forskning som bedrivits, ett flertal nya interventioner som har fokus på att återträna den kognitiva förmåga som blivit påverkad av hjärnskadan, i stället för att som tidigare försöka kompensera för densamma. Dessa så kallade återtränande interventioner baseras på intensiv träning av en specifik nedsatt kognitiv förmåga, i kombination med olika former av generalisering till aktivitetsnivå (2-19). Det vetenskapliga underlaget är idag så starkt att interventionerna rekommenderas ingå i det kliniska behandlingsutbudet för patienter med förvärvad hjärnskada (2-6). Inom den arbetslivsinriktade hjärnskaderehabiliteringen används dock, trots rekommendationerna, inte interventionerna regelmässigt. Undersökningar visar att dagens insatser istället fortsätter att rikta sig mot träning i vardagliga aktiviteter, strategiträning och hjälpmedelsutprovning (20-21). Att det förhåller sig så bekräftas också vid telefonkontakt med några arbetsterapeuter på hjärnskaderehabiliteringskliniker runt om i landet (22-25). Arbetsterapeuterna beskriver ett arbetssätt som i enlighet med ovan huvudsakligen är aktivitetsbaserat eller riktar sig mot att lära patienten kompensatoriska strategier för att förbättra aktivitetsförmågan. Interventionsarbete på kognitiv funktionsnivå används i mindre utsträckning, och då främst med syfte att öka patientens medvetenhet om sina kognitiva svårigheter. I de fall återtränande interventioner börjat användas (22,24), förefaller de inte bedrivas i den utsträckning och med den intensitet som rekommenderas för att kognitiv förbättring ska ske (6,11,19).

En av svårigheterna med att på allvar implementera de återtränande interventionerna inom dagens hjärnskaderehabilitering, kan vara att det finns en arbetsterapeutisk tradition av att

huvudsakligen arbeta aktivitetsbaserat och kompensatoriskt (26-28). De nya återtränande interventionerna kräver att arbetsterapeuten i stället för att som traditionellt arbeta med träning i vardagliga aktiviteter, strategiträning och hjälpmedelsutprovning(20-21), ska arbeta med träning i konstruerade övningar riktade specifikt mot den påverkade kognitiva förmågan (10,21). Detta kan kännas främmande eftersom den arbetsterapeutiska litteraturen lyfter fram att det unika med arbetsterapeutens arbete är det aktivitetsbaserade arbetet. Arbetsterapeuten förutsätts enligt litteraturen förebygga, förbättra och kompensera patientens nedsatta aktivitetsförmåga genom aktivitetsbaserade, klientcentrerade interventioner (26-28). I verkligheten behöver arbetsterapeuten bara säkerställa att vald intervention har vetenskaplig evidens, är klientcentrerad och möter de långsiktiga mål patienten har avseende sitt aktivitetsutförande, för att den ska vara korrekt att använda. Om interventionen bedrivs på aktivitets- eller funktionsnivå är egentligen inte relevant i detta sammanhang (26). Dessvärre kommer upplevelsen av att inte arbeta i arbetsterapeutisk anda, och tveksamhet kring om de återtränande interventionerna verkligen är effektiva, troligen att finnas kvar så länge facklitteraturen dels fortsätter beskriva de återtränande interventionerna mycket kortfattat, dels skriver uttalanden såsom ”de återtränande interventionerna antas genom att förbättra den underliggande förmågan även förbättra aktivitetsutförandet” eller ”tanken är att förbättring av den underliggande kognitiva nedsättningen ska stimulera till läkning eller reorganisation av den nedsatta förmågan” (28-29).

I ljuset av de rekommendationer forskarna ger gällande användning av de återtränande interventionerna i den kliniska verksamheten (2-6), kan det tyckas att facklitteraturen för närvarande brister i sin arbetsterapeutiska vägledning. Därför torde det vara särskilt viktigt att dagens studenter vid arbetsterapeutprogrammen nationellt får den utbildning de behöver kring återtränande interventioners effekt på kognitiv funktions- och aktivitetsförmåga. Dessvärre fortsätter även grundutbildningarna att huvudsakligen fokusera på aktivitetsbaserade interventioner. Majoriteten om inte alla arbetsterapeutiska kurser inom arbetsterapeutprogrammet har aktivitet som huvudfokus (30-33). På Karolinska Institutet ingår som exempel kurserna 1) Hälso- och ohälsobegrepp och dess relation till aktivitet, 2) Aktivitet och kreativitet, 3) Aktivitet och delaktighet, 4) Aktivitet och åtgärder, samt 5) Aktivitet och åtgärder – delaktighet i samhället (30).

Att nyutexaminerade arbetsterapeuter fortsätter vara skolade i att huvudsakligen fokusera på aktivitetsbaserade interventioner och att facklitteraturen bara omnämner de återtränande, mer funktionsinriktade, interventionerna i förbifarten, borde egentligen inte vara ett problem. Inte om det fanns tydliga nationella riktlinjer och krav kring att de återtränande interventionerna

ska erbjudas alla patienter med förvärvad hjärnskada som är i behov av dem. Då skulle den nyutexaminerade arbetsterapeuten lära sig dessa interventioner av sina nya kollegor och det skulle, trots att han/hon lärt sig något annat på utbildningen, troligen kännas korrekt att utföra interventionerna eftersom alla andra arbetsterapeuter på arbetsplatsen gör det. Nu är det dessvärre så, att det saknas nationella riktlinjer inom den kognitiva hjärnskaderehabiliteringen (34-35). I frånvaro av tydliga direktiv är det i stället upp till varje klinik att själv bestämma vilken eller vilka interventioner de vill kunna erbjuda sina patienter. Vid telefonkontakt med några arbetsterapeuter runt om i landet (22-25) beskrivs ett förändringsarbete huvudsakligen styrt av behandlarna själva, på egen vilja och initiativ. Klinikerna förefaller ofta ha någon form av utvecklings- och forskningsråd men personerna som ingår i dessa råd beskrivs inte ha mandat att själva styra verksamheten utifrån ny forskning.

Man kan fråga sig hur troligt det är att arbetsterapeuter, skolade i att utföra aktivitetsbaserade interventioner, samstämmt eller på eget initiativ börjar driva att aktivitetsträning och strategiträning helt eller delvis ska ersättas med återtränande kognitiv funktionsträning? Kan det till om med vara så för många, att kognitiv funktionsträning ligger så långt bort från deras nuvarande arbetssätt, att de inte ens funderar på om denna typ av intervention har med deras uppdrag att göra? Är det så konstigt att man med exempel som detta ser generella svårigheter med att implementera nya forskningsresultat i klinisk verksamhet (36)? För vem är egentligen ansvarig för att ny evidens implementeras? Medicinskt ansvarig läkare? Enhetschefen? Eller arbetsterapeuten själv inom ramen för sin legitimation? Införande av återtränande interventioner kräver, precis som införande av många andra interventioner, förutom utbildning av personalen som ska utföra dem även inköp av behandlingsmaterial. Om kliniken inte anser sig ha råd att köpa in materialet och utbilda personalen, vems blir ansvaret då?

Organisatoriska, utbildningsmässiga och nationella brister hindrar i dagläget implementering av nya behandlingsmetoder inom den arbetslivsinriktade hjärnskaderehabiliteringen. Stor risk för olikheter i behandlingsutbudet mellan kliniker föreligger. Patienterna förutsätter naturligtvis att de får den mest effektiva behandlingen för sina svårigheter. Kan de i nuläget vara säkra på det? De riskerar att erbjudas interventioner som inte optimerar deras möjligheter att återgå i arbete efter avslutad arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta bör inte fortgå. Nationella riktlinjer måste fastställas och krav ställas på att alla kliniker följer dessa. Därtill måste arbetsterapeutprogrammet förändras så att studenterna alltid får lära sig den senaste forskningen och kan vara med och bidra till förändring när de kommer ut i arbetslivet.

Referenslista:

1. McCann J. Neurorehabilitation and employment. *Occupational Health*. 1992; 260-262.
2. Rohling ML, Faust, ME, Beverly, B. & Demakis, G. Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: a meta-analytic re-examination of Cicerone et al.'s (2000,2005) systematic reviews. *Neuropsychology*, 2009; 23, 20-39.
3. Cappa SF, Benke T, Clark S, Rossi B, Stemmer B, van Heugten CM. EFNS Guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. *European Journal of neurology*. 2003;10:11-23.
4. Cicerone KD, Dahlberg MA, Malec JF. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 1998 Through 2002. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86:1681-1692.
5. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*. 2011 Apr;92(4):519-30.
6. Kennedy MRT, Coelho C, Turkstra L, Ylvisaker M, Sohlberg MM, Yorkston K et al. Intervention for executive functions after traumatic brain injury: A systematic Review, meta-analysis and clinical recommendations. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2008;1:1-43.
7. Bartfai A, Stibrandt Sunnerhagen K. Kognitiva funktioner efter förvärvad hjärnskada, några grundbegrepp, diagnostik behandling. In: Borg J, editor. *Rehabiliteringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
8. Bartfai A, Hagberg van't Hooft I, Sargénus Landahl K. Kognitiv träning och psykologiskt stöd. In: Wahlund L-O, Nilsson C, Wallin A, editors. *Kognitiv Medicin*. Norstedts: Slovenien. 2011.
9. Halligan PW, Wade DT (Editors). *Effectiveness of Rehabilitation for Cognitive Deficits*. Oxford University Press: New York. 2006.

10. Toglia JP, Golisz KM, Goverover Y. Evaluation and Intervention for Cognitive Perceptual Impairments. In: Crepeau EB, Chron ES, Boyt Schell BA (editors). Willard & Spackman's Occupational Therapy. Lippincott Williams & Wilkins: 2009.
11. Sohlberg MM, McKaughin KA, Heidrich A, Posner MI. Evaluation of attention process training and brain injury education in persons with acquired brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2000; 22(5): 656-676.
12. Serino A, Ciaramelli E, Di Santantonio A, Malagu S, Sevadei F, Lavadas E. A pilot study for rehabilitation of central executive deficits after traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2007; 21(1): 11-19.
13. Cicerone KD. Prmediation of working attention in mild traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2002; 16(3): 185-195.
14. von Cramon DY, matthes-von Cramon G, Mai N. Problem-solving deficits in brain-injured patients: A therapeutic approach. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1991; 1(1): 45-64
15. Rath JF, Simon D, Lagenbahn DM, Sherr RL. Group treatment of problem-solving deficits in outpatients with traumatic brain injury. A randomized outcome study. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1991; 13(4): 461-488.
16. Smania N, Bazoli F, Piva D, Guidetti G. Visuomotor Imagery and Rehabilitation of Neglect. *Archieves Physical Medicine and Rehabilitation*. 1997; 78(4): 430-436.
17. Smania N, Aglioti SM, Girardi F, Tinazzi M, Fiaschi A, Cosentino A et al. Rehabilitaiton of limb apraxia improves daily life activities in patients with stroke. *Neurology*. 2006; 67(2050-2052).
18. Smania N, Girardi F, Domenicali C, Lora E, Aglioti S. The Rehabilitaion of limb apraxia: A study in left-brain damaged patients. *Archieves Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000; 81: 379-388.
19. Barker-Collo SL, Feigin VL, Lawes CMM, Pargas V, Rodgers A. Reducing Attention Deficits After Stroke Using Attention Process Training. *Stroke*. 2009; 40: 3293-3298.

20. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van den Ende CHM. Occupational Therapy for Stroke Patients. A systematic Review. *Stroke*. 2003;34:676-687.
21. Brockmann Rubio K, Gillen G. Treatment of Cognitive-Perceptual Deficits: A Function-Based Approach. In: Burkhardt A, Gillen G, editors. *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach*. St Louis, Mo: Mosby; 2004.
22. Danderyds Rehabiliteringsmedicinska Universitetsklinik. Hjärnskaderehabilitering. http://www.ds.se/Web/NormalPage_____1249.aspx
23. Hjärnskaderehabilitering. Landstinget Dalarna. Telefonnummer: 023-49 25 40. http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____3776.aspx
24. Hjärnskaderehabilitering Akademiska Sjukhuset Uppsala. Telefonnummer: 018-611 24 73, 018-611 24 83. http://www.akademiska.se/templates/page_____2810.aspx
25. Hjärnskadeteamet Landstinget Östergötland. Telefonnummer: 010-103 51 16. <http://www.lio.se/Verksamheter/SC/Rehabiliteringsmedicinska-kliniken/Organisation/Rehabilitering-i-oppnvard/Hjarnskadeteam/>
26. Youngstrom, MJ and Brown C. Categories and principles of intervention. In Ed Christiansen CH and Baum CM. *Occupational therapy. Performance, Participation and Well-being*. 2005
27. Moyers P. Introduction to Occupation-based Practice. In Ed Christiansen CH and Baum CM. *Occupational therapy. Performance, Participation and Well-being*. 2005
28. Crepeau EB, Chron ES, Boyt Schell BA, editors. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Lippincott Williams & Wilkins: 2009.
29. Christiansen CH and Baum CM, editors. *Occupational therapy. Performance, Participation and Well-being*. 2005
30. Arbetsterapeutprogrammet Karolinska Institutet Stockholm <http://ki.se/?d=11786&a=93625&l=sv&academicYear=11%2F12&id=1AR10&url=%2Fselma%2Fselma%2Fprogramme>

31. Arbetsterapeutprogrammet Linköpings Universitet.
<http://www.hu.liu.se/arbetsterapeut/om-programmet/utbildningsplan?l=sv>
32. Arbetsterapeutprogrammet Göteborgs Universitet.
<http://www.sahlgrenska.gu.se/utbildning/program/arbetsterapeut/>
33. Arbetsterapeutprogrammet Lunds Universitet. <http://portal.arb.lu.se/>
34. SBU Kunskapscenter för hälso- och sjukvård. <http://www.sbu.se/sv/Hem/>
35. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/>
36. Boake C, Diller L. History of rehabilitation for traumatic brain injury. In: High WM, Sander AM, Struchen MA, Hart KA, editors. Rehabilitation for traumatic brain injury; 2005