

AFFOLTER-KONCEPTET

Utformandet av en informativ broschyr över Affolter-
konceptet för Invalidförbundet Kottby
Rehabiliteringscenter

Cecilia Löfgren

Examensarbete

Fysioterapi

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	4367
Författare:	Cecilia Löfgren
Titel:	AFFOLTER- KONCEPTET Utförandet av en informativ broschyr över Affolter konceptet för Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	Invalidförbundet Kottby Rehabiliteringscenter
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är ett beställningsarbete för Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter. Syftet med arbetet var att baserat på en teoretisk referensram och systematisk litteraturöversikt, sammanställa en informativ broschyr över Affolterkonceptet som kan användas av såväl personal och som anhöriga. Broschyren förväntas vara ett hjälpmedel när man behöver veta vad Affolterkonceptet innehåller och för vem konceptet lämpar sig. Broschyren har även förtydligats med fotografier. Mina forskningsfrågor var: Vilka personer har nytta av att rehabiliteras med Affolterkonceptet? Hur används Affolterkonceptet i rehabiliteringssyfte? Vilka positiva beteendeförändringar kan man se hos personer som rehabiliteras med Affolterkonceptet? Resultatet av forskningarna påvisar att Affolterkonceptet är ett angreppssätt vid behandling av vuxna (efter stroke eller hjärnskada) och barn med problem i skolan, svårigheter i sociala sammanhang, uppmärksamhetsproblem, autism eller vid behandling av multihandikappade barn). Angreppssättet för dessa klienter är att det kan användas av olika yrkesgrupper. Man kan genom behandling med Affolterkonceptet få positiva kortvariga och långvariga förändringar i beteendet hos personen. De kortvariga förändringarna är uppmärksamhet, tystnad, tonusförändringar, personen blir lugn och minnet blir bättre. De långvariga förändringarna är detsamma men de håller i sig längre tid.</p>	
Nyckelord:	Affolter concept, Affolter method, Affolter modellen, Felicia Affolter
Sidantal:	35
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	12.06.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	4367
Author:	Cecilia Löfgren
Title:	THE AFFOLTER- CONCEPT Forming of an informative brochure on the Affolter- concept for Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter.
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus
Abstract:	
<p>This thesis is commissioned by Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus. The Aim was to compose an informative brochure on the Affolter-concept, based on a theoretical and systematic study of literature written on the subject. The brochure is aimed at personel and relative alike. The brochure will be an aid in getting initial information on the Affolter- concept, and raise understanding in who will benefit from treatment according to the concept. The brochure is illustrated with photographs for additional comprehensiveness. The questions formulated in this paper are: How is the Affolter-concept used in rehabilitation? Who is benefited by rehabilitation according to the Affolter-concept? What positivebehavioral changes can be seen in persons rehabilitated according to the Affolter- concept? Results in research show the Affolter-concept to be suitable for treatment for adults (suffering from stroke or brain damage), and children with learning difficulties, difficulties with forming social connections, concetration difficulties, autism, as well children with multiple challenges/disabilities. Treatment for these persons can be applied according to the Affolter- concept by different professionals. Treatment according to the Affolter-concept can bring on short and long term positivebehavioral changes in patients. The short term changes are changes I levels of attention, quietness, changes in tonus, the person becomes calm and his memory improves. The long term changes are the same, but last for a longer period.</p>	
Keywords:	Affolter concept, Affolter metodh, Affoltermodellen, Felicia Affolter
Number of pages:	35
Language:	Swedish
Date of acceptance:	12.06.2013

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1 INLEDNING	8
2 PROBLEMAVGRÄNSNING	9
3 TEORETISK REFERENS RAM	10
3.1 Affolter-konceptet.....	10
3.2 Perceptionsprocessen.....	11
3.3 Rotteorin.....	11
3.4 Topologisk förändring.....	12
3.5 Interaktion.....	12
3.6 Problemlösning i vardagliga aktiviteter.....	13
3.7 Positioner.....	13
3.8 Stabilitetens betydelse.....	13
3.9 Information.....	14
3.10 Guidning.....	15
3.11 Inläringstrappan	17
3.12 Beteende förändringar	18
4 METOD	20
4.1 Litteratursökning.....	20
4.2 Urvalskriterier.....	20
4.3 Kvalitetsgranskning.....	22
4.4 Etiska överväganden.....	24
4.5 Resultat av kvalitetsgranskningen.....	24
5 RESULTAT	25
5.1 Rehabiliteringssyftet med Affolter-konceptet.....	26
5.2 Personer som har nytta av att rehabiliteras med Affolter-konceptet.....	27
5.3 Positiva beteendeförändringar hos personer som rehabiliteras med Affolter-konceptet.....	28
6 DISKUSSION	29
6.1 Metoddiskussion.....	29

6.2 Resultatdiskussion	30
7 SAMMANSTÄLLNING AV BROSCHYREN	32
KÄLLOR.....	33
BILAGA 1.....	36
BILAGA 2.....	39
BILAGA 3.....	40
BILAGA 4.....	41

Figurer

Figur 1. Inlärningsstrappan. En svensk översättning av M. Loid (1987).....	17
Figur 2. Bild över urvalsprocessen i litteratursökningen.....	21

Tabeller

Tabell 1. Mall för kvalitetsgranskning av litteraturstudier ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s. 39-41).....	22
Tabell 2. Omformulerad mall för granskning av kvalitativa artiklar utgående ifrån Forsberg & Wengström (2010 s. 116).....	23
Tabell 3. Omformulerad mall för granskning av interventionsstudier enligt Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s. 37-39).....	24
Tabell 4. Gradering av evidensstyrka för slutsatser enligt SBU (2000 s. 4414).....	25
Tabell 5. Översikt av forskningarna i relation till forskningsfrågorna.....	26

FÖRORD

Jag vill rikta ett stort tack till Maj-Britt Forsbom, fysioterapeut, Bobath-instruktör och Finlands första Affolterterapeut som redan år 2001 när jag gick min grundkurs i Bobath-konceptet väckte mitt intresse för Affolter-konceptet. Efter det har jag hungrat efter mera information och viljan att lära mig mera har hela tiden funnits där. Äntligen fanns det ett koncept som man kan använda sig av för att underlätta vardagen för gravt hjärnskadade personer, och för att hjälpa dessa personer att bli mera medvetna om sig själva och om sin omvärld. Det var även Forsbom som berättade för mig att hon skulle behöva Affolterterapeutkollegor och att det arrangerades en tvåårig utbildning i Danmark till Affolterterapeut under åren 2008 och 2009. Till Danmark åkte sedan jag och en annan fysioterapeut från Finland, Kirsi Säynevirta från Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter, för att studera till Affolterterapeuter. Vi hade den stora äran att få bli undervisade av Dr. Affolter och av Dr. Bischofberger samt ett flertal högt kvalificerade Affolterassistenter. För närvarande är vi tre Affolterterapeuter i Finland och tre i Sverige.

Jag vill rikta ett stort tack även till Invalidförbundet Kottby Rehabiliteringscenter som är beställare av detta examensarbete och som redan under en längre tid har använt sig av Affolter-konceptet som metod för gravt hjärnskadade med grava perceptionsstörningar.

Slutligen vill jag tacka mina Affolterkollegor i Finland och Sverige för stöd och idéer under arbetsprocessens gång samt min familj som stått ut med mig under detta arbete.

1 INLEDNING

Jag upplever att rehabilitering för gravt hjärnskadade är bristfällig och vilka rehabiliteringserbjudanden som finns är mycket varierande beroende på vilket rehabiliteringsställe man vårdas på. Alltför många personer med diagnoser som t.ex. traumatisk hjärnskada, stroke, autism och alzheimer blir idag utan rehabilitering på grund av att det inte finns tillräcklig kunskap om de gravt hjärnskadades rehabiliteringsmöjligheter. Om personer som arbetar med gravt hjärnskadade personer använder sig av Affolter-konceptet kan de hjälpa till att få hjärnan att fungera bättre hos dessa personer. Detta kan man göra genom att via guidning ge dessa personer taktill information och göra dem medvetna om sig själva och om sin omvärld och då använda sig av vardagliga aktiviteter.

Affolter-konceptet är ännu ett rätt så obekant begrepp för många här i Finland, därför känns det tacksamt att kunna skriva ett examensarbete om det och samtidigt sprida kunskapen om detta koncept inom speciellt vården. På Kottby rehabiliteringscenter rehabiliterar man personer med flera olika diagnoser, även gravt hjärnskadade, och de har under flera års tid använt sig av Affolter-konceptet med goda resultat. De anser även en broschyr om konceptet vara välkommen eftersom personalen emellanåt byts ut och olika yrkesgrupper och anhöriga är intresserade av att veta mera om Affolter-konceptet.

Kliniska erfarenheter säger att konceptet är användbart och verkningsfullt, men den vetenskapliga förankringen för evidens är inte klarlagd. Detta gäller för övrigt för andra metoder som används inom rehabiliteringssammanhang. Kollen et al. (2009) säger att det inte finns evidens på att någon terapiform är bättre än den andra, medan Mazaux et al. (1998) säger att alla som arbetar med personer som har problem med minne, uppmärksamhet, resonering och kognitiva färdigheter behöver terapeuter som har förmågan att kunna observera, upptäcka och utveckla andra färdigheter hos personerna.

Broschyren skall innehålla teori och fakta om konceptet, för att underlätta läsningen och förståelsen belyses den med fotografier. Målsättningen med broschyren är att det skall finnas en sammanställning över Affolter-konceptet, så att alla som behöver kunskapen får likvärdig information.

Enligt Affolter et al. (2009) är rehabilitering idag mycket beroende av ekonomiska faktorer, de som betalar för terapin kräver att man skall kunna uppvisa resultat. Det finns olika bedömningsinstrument för att bedöma huruvida en patient gör framsteg. Dessa bedömningsinstrument baseras på vad patienten "gör", alltså bedömningen baseras på sådant som kan observeras och mätas. Problemet med att tillämpa dylika skalor för patienter med svåra hjärnsador är att bara små framsteg kommer att kunna mätas under längre tider av observation. Detta kan då tolkas av myndigheterna eller de som betalar för terapin som att terapin "står stilla" eller att det är inte finns någon rehabiliteringspotential.

En önskan är att detta examensarbete tillsammans med den sammanställda broschyren skall väcka läsarens intresse för Affolter-konceptet.

2 PROBLEMAVGRÄNSNING

Syftet med mitt examensarbete är att göra en systematisk litteraturoversikt av Affolter-konceptet och på basen av den och teoretisk referensram sammanställa en informativ broschyr om Affolter-konceptet för Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter. Broschyren är avsedd för vårdpersonal inom olika yrkesgrupper och anhöriga. Broschyren skall innehålla teori och fakta om konceptet. För att underlätta läsningen och förståelsen ska information belysas med fotografier. Målsättningen med broschyren är att det skall finnas en sammanställning över Affolter-konceptet, så att alla som behöver kunskapen i Finland får samma information.

Forskningsfrågorna är:

1. Hur används Affolter-konceptet i rehabiliteringssyfte?
2. Vilka personer har nytta av att rehabiliteras med Affolter-konceptet?
3. Vilka positiva beteendeförändringar kan man se hos personer som rehabiliteras med Affolter-konceptet?

Svar på dessa forskningsfrågor fås genom en systematisk litteraturoversikt och på basen av den och teoretisk referensram sammanställs en broschyr om Affolter-konceptet till Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter.

3 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel redogörs det för er om vad Affolter-konceptet är och vilken bakgrunden till konceptet är. Eftersom Affolter-konceptet är ett rätt så okänt koncept i Finland kommer här centrala begrepp och benämningar som används i forskningen om Affolter-konceptet att redogöras och definieras.

3.1 Affolter-konceptet

Namnet Affolter kommer från Felicia Affolter, f 1926. Felicia Affolter är i grunden speciallärare, utvecklingspsykolog, klinisk psykolog och audiolog/logoped. Hon doktorerade i språkvetenskap redan år 1970. Felicia Affolter forskar vid University of Minnesota. En viktig del av hennes forskning är vilka aspekter som är viktiga för barns perceptuella, språkliga och kognitiva utveckling. En baby kommer vidare i sin utveckling och så småningom utvecklas den till en självständig individ. Affolter har även grundat ett center och en skola i St. Gallen, Schweiz, för barn med perceptionsstörningar. Sedan 1989 är hon knuten till Therapiezentrum Burgau i Tyskland som är ett rehabiliteringscentrum för vuxna med hjärnskada. Affolter är fortfarande aktiv. Hon forskar och undervisar i både Europa och USA tillsammans med Walter Bischofberger.

Walter Bischofberger är även han klinisk psykolog, speciallärare och audiolog/logoped. Bischofberger doktorerade 1989 vid University of Fribourg, Schweiz. Han har också varit ledare för centret Perceptual disorders i St. Gallen och han har även grundat föreningen Arbeitsgemeinschaft für Probleme bei Wahrnehmungsstörungen (APW). (Stockman 2004 s. X111-X1V)

3.2 Perceptionsprocessen

Affolter baserar sin teori på det barnets normala utveckling utifrån Piagets utvecklings- och inlärningsteorier. Dessa teorier delar upp barnets utveckling i fyra stadier:

1. Det **sensomotoriska stadiet** (0-2 år): här utvecklas intelligensen via sensoriska erfarenheter och rörelser.
2. Det **preoperationella stadiet** (2-6 år): här inkluderas hur man använder symboler, bilder och ord.
3. Det **konkret operationella stadiet** (6-11 år): Den kognitiva utvecklingen, logik tillsammans med fysiska exempel.
4. Det **formella operationella stadiet** (från 11 år): här inkluderas abstrakta begrepp, logiskt tänkande och konkretisering.

I Affolter-konceptet är perceptionen en viktig del. Vi rör oss i omgivningen men vi är också beroende av vår omgivning. Perceptionsbegreppet definieras av Affolter så här ”Perception innefattar alla de mekanismer som sätts igång för att kunna välja och bearbeta de intryck som når en person i en aktuell situation”. (Affolter 1980 s. 12)

Affolter menar att de viktigaste intrycken för att uppfatta verkligheten omkring oss är syn, - hörsel, -och taktilkinestetiska intryck. I perceptionen ingår bearbetningen av all stimuli via ett sinne i taget (intramodal integrering), men även integrering mellan de olika sinnena (intermodal integrering). Perceptionsprocessen handlar även hur de olika intrycken kan ordnas, lagras och plockas fram i en annan situation. Perception kan man inte direkt observera, det är därför som kunskapen om perception är begränsad. (Affolter 1980 s. 11-18, Lund et al. 2008 s. 3)

3.3 Rotteorin

När Affolter beskriver prioritering av rehabiliteringsinsatser gör hon liknelsen av ett träd med rötter och grenar. Man kan se det som att grenarna representerar de olika färdigheterna som vi människor har som språk, rörelser, förståelse med mera. Efter en hjärnskada har man oftast problem i något område eller någon gren. Orsaken till problemen ligger i rotsystemet och där bör man söka och behandla grundorsaken. Man måste komma åt rötterna och behandla dem för att grenarna skall kunna växa. I Affolter-konceptet tränar man alltså inte specifikt talet, rörelser eller att skriva, utan

genom att behandla på rotnivå så blir även de olika färdigheterna bättre. Roten till utveckling hos människan och hjärnan är organisering av taktil information. Den taktila informationen ses genom guidning i dagliga aktiviteter på personens förståelsenivå som t.ex. guidning i personlig vård mm. Man guidar både position och vad som händer. Vad som menas med det förklaras närmare i stycke 3.6 och 3.9. (Affolter 1991s. 163-164, 284, 292-293, Hofer 2009 s. 171)

3.4 Topologisk förändring

Ett centralt begrepp i Affolter-konceptet är topologisk förändring. En topologisk förändring är en rumslig förändring som sker gällande två objekt. Det sker alltså en förändring mellan två topologiska förhållanden. För att förklara betydelsen av detta belyses fenomenet här med ett exempel: 1. Två objekt är *separerade* från varandra= ett topologiskt förhållande. 2. Två objekt är *tillsammans* med varandra= ett annat topologiskt förhållande. Mellan dessa båda topologiska förhållanden har det skett en topologisk förändring. Ett kliniskt exempel är påklädning av en sko: 1. Fot och sko är separerade från varandra (foten är utanför skon) = ett topologiskt förhållande. 2. Fot och sko är tillsammans (foten är inne i skon) = ett topologiskt förhållande. Det sker alltså topologiska förändringar runt omkring oss i vardagen hela tiden. Centralt i Affolter-konceptet är att hjärnan behöver information om ändring i topologiska förhållanden mellan objekt för att förstå och utveckla förståelse om hur vardagliga aktiviteter går till. (Affolter 1991 s. 46-47, Affolter & Bischofberger 2002 s. 48-49)

3.5 Interaktion

Interaktion är även det ett centralt begrepp i Affolter-konceptet. Interaktion uppstår i en vardaglig aktivitet mellan en person och omgivningen, när personen rör sig och agerar. Den viktigaste informationen om den interaktionen är den taktila. Det kallas för taktil information. Affolter poängterar att interaktion innebär att känna förändring av topologiskt förhållanden mellan en aktör och omgivning, förändring från att vara separerade till att höra ihop, och omvänt. Det finns tre viktiga aspekter: motståndet, förmågan att känna, och det taktila. Motståndet är det viktigaste. (Affolter & Bischofberger 2000 s. 167, Stockman 2004 s. 181, Hofer 2009 s. 36)

3.6 Problemlösning i vardagliga aktiviteter

För att kunna fungera i det vardagliga livet behöver man kunna bilda hypoteser kring en händelse. Det betyder att man uttrycker förväntningar om hur händelser i framtiden kan äga rum. För att bilda hypoteser behövs information av självupplevelser, d.v.s. av händelser som man har upplevt själv tidigare. Händelsen bör alltid vara målinriktad. Målet kan sedan vara indelade i huvudmål och flera olika delmål. I vårt dagliga liv har vi en hierarki av olika mål. Man kan säga att vi har ett nätverk över olika målinriktade vardagliga aktiviteter. Som exempel: Vårt huvudmål är att laga morgonmål. För att laga morgonmål ingår det flera delmål som att koka kaffe, te, breda smörgås o.s.v. För att koka kaffe behöver man sätta kaffefilter, ta ut kaffepulver från burken, med mera. Alla små delmål behövs för att nå huvudmålet. Hierarkin består av att en del delmål är förutsättningar för att man skall kunna gå vidare i aktiviteten. Ett sådant kan vara att öppna kaffeburken innan man ta ur kaffepulver o.s.v. För att kunna nå de specifika målen måste man kunna göra olika problemlösningar. (Affolter & Bischofberger 2000 s. 178, Stockman 2004 s. 182, Davies 192 s. 31-32)

3.7 Positioner

I Affolter-konceptet använder man sig av tre olika positioner som patienterna befinner sig i under terapin. De olika positionerna är **liggande, sittande och stående**. Man kan ändra på de olika positionerna. När vi ändrar positionerna så förändras förhållandet mellan kroppen, understöd och gravitation. Ett exempel på att ändra på positionen är att ändra från sittande till stående position. Vi kan även **variera** positionen men då bibehålls förhållandet mellan kropp, understöd och gravitation. Ett exempel på att variera positionen är att variera från ryggliggande till sidoliggande position (Affolter 1991 s. 5, 188-189, Hofer et al. 2009 s. 43-46, 117-118).

3.8 Stabilitetens betydelse

En viktig del i Affolter-konceptet är betydelsen av en stabil omgivning i terapin. För att kunna röra sig och känna sig säker i omgivningen behöver vi veta var omgivningen är och var vår kropp är i förhållande till omgivningen. För att säkert veta detta bör vi ha en stabil omgivning som inte rör sig (Stockmann 2004 s. 222, Affolterteam 2011 s. 3, 7,

24). Förändringar kan tydligast förnimmas (varseblivas) i förhållande till något som är stabilt. Detta gäller inte bara för det taktil-kinestetiska sinnessystemet utan även för andra sinnessystem. Alla har vi säkert suttit i ett tåg och sett ut genom fönstret och funderat om det är mitt tåg eller det andra tåget som rör sig? För att klargöra detta tittar vi ut genom tågfönstret och blir säkra när vi relaterar förändringen till stationshuset som inte rör sig. Därför är det viktigt när man arbetar med personer med perceptionsstörningar att skapa en stabil omgivning samt att endast en sak rör sig i taget. Det kan vara att en del av ett objekt hålls stabilt och den andra rör sig. t.ex. en flaska hålls stabil, rör sig inte, så att man kan känna att locket kommer bort, rör sig, när flaskan öppnas. (Affolter 1991 s. 196, Affolter & Bischofberger 2000 s. 151) Stabilitetens betydelse bör alltid beaktas. Att tänka på då man vårdar är att även där använda sig av liknelsen mellan tåget och stationen i sitt arbetssätt. Nedan följer några kliniska exempel på situationer som man kan stöta på vid t.ex. omvårdnadsguidning. Omvårdnadsguidning förklaras närmare i kapitel 3.10.

- Påklädning av byxorna: Byxan rör sig (tåget) och benet är stilla/stabilt (stationen).
- Tvättning av armen: Armen är stilla/stabil (stationen) och tvättdappen rör sig(tåg).
- Påklädning av en rock: Armen är stabil (stationen) och rockärmen rör sig (tåg). Situationen kan varieras så att armen rör sig (tåg), och rockärmen blir stilla/stabil (stationen)

Det viktiga är att bara en sak rör sig i taget. Det gäller i alla guidningssituationer.

3.9 Information

Affolter definierar information som att det är information som transporteras till hjärnan via våra sinnen (huvudsinnen är det taktil-kinestetiska, visuella, auditiva), för vidare processande till att bli någonting meningsfullt. Den information som kommer via de taktila kanalerna berättar om topologiska förändringar mellan kropp och omgivning och mellan ett objekt och ett annat objekt. (Affolter 1991 s. 139)

Information är nödvändigt för att förstå en händelse. Informationen är nödvändig för att vi skall kunna agera. Verbala instruktioner är inte alltid tillräckliga. Om man inte får tillräckligt med information ökar rädslan och tonus. Hjärnan söker hela tiden efter information. En person kan t.ex. sparka och slå för att söka information om omgivningen. Föreställ er en man som haft en stroke och sitter i rullstol. Han utför inte någon aktivitet utan sitter bara och stampar med foten. Varför gör han så? Han söker kontakt från omgivningen, information om var hans kropp befinner sig. Genom att stampa med foten får kroppen signaler via hud, muskler och leder som talar om detta. För att ytterligare tydliggöra detta fenomen beskrivs här ännu ett exempel: En baby ligger på golvet och rör sig, sparkar med benen. När foten får kontakt med golvet så stannar babyn upp med att sparka för en stund. Babyn söker efter information från omgivningen. (Affolter 1991 s. 139-141, Affolter & Bischofberger 2000 s. 152)

Vad informationen, det är själva uppgiften som man guidar personen igenom. Man guidar alltså vad som händer. Personen som guidas skall bli medveten om vad som händer. Hon skall få taktil information för att kunna göra problemlösningar. Man guidar personen genom att utföra en vardaglig uppgift. Guidningen är endera omvårdnadsguidning eller elementärguidning. (Nielsen & Harrison 1995 s. 71-74)

Var information är sökning av en position, guidning av positionen. Personen vet t.ex. att han sitter på stolen då han känner att låret är mot stolsitsen och att ryggen stöder mot ryggstödet o.s.v. **Var informationen** ges som en gungning under höftpartiet, stället var gungningen sker är beroende på vilken position personen befinner sig i (liggande sittande eller stående). **Var informationen** är viktigt för att personen skall bli medveten om var hon befinner sig i omgivningen, bli medveten om sin position i förhållande till omgivningen. (Forsbom et al. 2001s. 102-103) Nielsen & Harrison 1995 s. 71-74

3.10 Guidning

Syftet med behandlingen enligt Affolter-konceptet är att personerna får taktil information genom att guida dem i livets dagliga aktiviteter. Därigenom kan organiseringen av perception förbättras och interaktion och problemlösning i dagliga livet bli enklare och lättare att förstå.

Affolter har utvecklat en metod för inlärning som kallas guidning. All guidning som sker i Affolter-konceptet sker alltid **non-verbalt**. Personen som skall guidas blir alltid informerad om detta i förväg ifall att personen har kognitiv förmåga, men man berättar inte vad uppgiften är. Enligt Affolter är det viktigt att händelsen är en **riktig vardagshändelse**. (Affolter 1981 s. 6, Davies 1992 s. 36) Efter guidningen diskuterar man uppgiften tillsammans med personen. På så sätt får man fram viktig information om personen, så som vilken förståelsenivå personen är på, hur personen har lyckats med problemlösningen och om hon har förstått uppgiften mm. Man kan även guida personer som är medvetlösa eller personer som inte förstår vad det är frågan om och då informerar man anhöriga eller vårdpersonal om vad man gör och varför. När man guidar strävar man efter att ge mycket tydlig taktil information till klienten. Genom att guida personens händer och kropp i vardagliga aktiviteter ger man förutsättningar till personen att percipiera sin kropp och sin omgivning samt att kunna göra hypoteser och problemlösningar. Man bör dock vara medveten om skillnaden mellan att göra med personen och inte göra för personen. Det tar inte längre tid att göra aktiviteten med personen istället för att göra aktiviteten för personen. Tänk på att ett så enkelt exempel som att öppna dörren tillsammans med personen istället för att öppna dörren för personen. Många av våra klienter befinner sig i en ständig skräcksituation därför att de inte känner igen sin kropp och vad som händer. Genom att guida dem och ge taktil information kan man hjälpa dem. (Affolter & Bischofberegr 2000 s. 166-168)

I Affolter-konceptet använder man sig av två olika guidningssätt:

Omvårdnadsguidning och elementärguidning.

I **omvårdnadsguidningen** (nursing guidning) gör man allt för personen. Personen behöver inte aktivt vara med i guidningen. Omvårdnadsguidningen kan t.o.m. göras för medvetlösa. Man guidar alltid turvis höger och vänster sida, innan sidbyte sker med så kallad **var** informationssökning, d.v.s. man söker information om positionen. (Forsbom et al 2001 s. 102-103, 106-108, Nielsen & Harrison 1995 s. 73)

I **elementärguidning** (elementary guidning) guidar man genom personens händer. Man placerar sina egna händer på den personens händer som man skall guida. Man håller lätt sina egna fingertoppar på personens fingertoppar. Det skall uppfattas som om det är

personens händer som gör uppgiften och inte guidarens händer. (Forsbom et al 2001 s. 102-103, 106-108)

3.11 Inlärningsstrappan

För att kunna guida klienten på ett framgångsrikt sätt bör vi veta på vilken förståelsenivå personen är. För att veta det kan vi ta hjälp av inlärningsstrappan. Som följande kommer de olika nivåerna i inlärningsstrappan beskrivas i korthet. Därtill ges ett kliniskt exempel på en aktivitet taget från en vardaglig aktivitet som duscha. (Forsbom et al. 2001s. 70, Affolter & Stricker 1980 s. 127-130)



Figur 1. Bild över Inlärningsstrappan. En svensk översättning av M. Loid 1987.

På **igenkänningsnivån** behöver personen guidas igenom hela situationen från början till slut. Personen vet inte vad det är frågan om för aktivitet. Personen kan inte göra en problemlösning. Exempelvis kan personen inte öppna kranen eller ta i duschen. (Forsbom et al. 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 127)

På **initieringsnivån** kan personen påbörja en aktivitet. Trots att personen kan påbörja en aktivitet så behöver den inte vara i logisk ordningsföljd i aktiviteten. Personen behöver guidning för att komma vidare i aktiviteten eller handlingen. Exempelvis öppnar personen kranen och börjar kanske t.o.m. duscha sig själv men kan inte gå vidare i aktiviteten och vet inte när den skall sluta. (Forsbom et al. 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 128)

På **förutseendenivån** är personen självständig i här och nu. Exempelvis kan personen duscha sig självständigt och i logisk ordning men föremålen måste finnas inom synhåll. Personen kan inte planera vidare för påklädning eller annat som inte har med just den aktuella situationen att göra. (Forsbom et al. 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129)

På den **sekventiella nivån** tänker personen logiskt och klarar sig i bekanta situationer. Föremålen behöver här inte vara inom synhåll. Exempelvis kan personen efter att ha duschat hämta rena kläder och handduk. Personen kan dock inte samtidigt tänka på följande aktivitet, utan bara på den aktivitet som är närmast tiden. På den här nivån klara personen av att bo på ett servicehus eller hemma med stöd från omgivningen. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129)

På **produktionsnivån** kan personen planera alla steg i aktiviteten. Om något objekt saknas t.ex. handduken så kan han hämta den innan aktiviteten påbörjas. Personen kan även välja att duscha på den tid som är lämpligast. På den här nivån kan man bo hemma och klarar sig självständigt. I rehabiliteringssyfte är det viktigt att stöda till sociala grupper och arbete. Affolter betonar att man bör arbeta på personens förståelsenivå för att vi skall kunna göra framsteg i terapin. (Forsbom et al. 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129-130)

3.12 Beteende förändringar

Affolter-konceptet är ett rehabiliteringskoncept. Genom rehabilitering med Affolter-konceptet vill man förändra personens beteende i positiv riktning. Man guidar personen i en vardaglig händelse genom omvårdnadsguidning eller efter elementärguidningens principer. Man skall observera olika förändringar i beteendet hos personen. Man ser om personen reagerar på behandlingen eller guidningen och i så fall hur personen reagerar på behandlingen. För att kunna analysera förändringarna i personens beteende används video och en uppföljningsblankett som fylls i. Analys av personens beteende görs före behandlingen, under behandlingen och efter behandlingen. Affolter delar in förändringarna i positiva kortvariga förändringar och långvariga förändringar. Hon tänker sig att de positiva kortvariga förändringarna är ett tecken på att rötterna börjar

växa och de långvariga förändringarna att grenarna växer som ett resultat av att roten blir starkare.

De positiva kortvariga förändringarna som man förväntar sig se hos personen under behandlingen är:

- **Uppmärksamhet** (attention). Hur och när visar personen uppmärksamhet? Genast när personen rör den stabila omgivningen eller under själva guidningen?
- **Tystnad** (silent) personen pratar på när hon är i "free space" men tystnar när det kommer en stabil omgivning d.v.s. personen får information via den taktila källan.
- **Kroppsspänningen** (body tone) man kan även relatera förändringar i kroppsspänningen med ändringar av källinformationen (source information). Det kan vara fråga om för hög kroppstonus t.ex. när man går omkring i fritt utrymme och inte kan se eller veta var man går då får man högre kroppsspänning. Men går man däremot så att man känner omgivningen och känner sig trygg, har man en lägre kroppsspänning.
- **Lugn** (calm) ifall personen är hyperaktiv och har svårt att sitta stilla på en stol, man kan sätta personen ner och sitta på golvet i en knut (stabil omgivning) personen blir mycket lugnare.
- **Minne** (memory) kommer personen ihåg vad som gjordes under guidningen?
- **Förutse** (Anticipation) ses tecken på att personen kan planera nästa steg i händelsen?

Man strävar således efter att personen får mera positiva **långvariga förändringar** i sitt beteende som håller i sig längre tid, allt från några minuter, timmar och senare dagar med mera. De långvariga förändringarna man kan observera är t.ex. förbättrad kroppsspänning och att hypotesbildningen blir bättre. (Affolter & Bischofberger 2000 s. 184-185,189)

4 METOD

Detta examensarbete är en systematisk litteraturöversikt. Syftet med mitt examensarbete är att göra en sammanfattning av teoretisk referensram samt systematisk litteraturöversikt av Affolter- konceptet och på basen av den sammanställa en informativ broschyr om konceptet. Examensarbetet är ett beställningsarbete för Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter. Valet av metod grundar sig på att den lämpar sig väl då man kritiskt vill granska och sammanfatta litteratur inom ett ämne. Metoden är även lämplig då man vill redogöra resultat av tidigare gjord forskning. (Forsberg & Wengström 2013 s. 17)

4.1 Litteratursökning

Vid litteratursökningen användes benämningen *Affolter* i olika kombinationer med orden *concept*, *metodh*, *modellen*, och *Felicia Affolter*. *Affolter* kombinerades även med *acitivites of daily living*, *brain damage*, *Brain injury*.

Litteratursökningen påbörjades redan så tidigt som hösten 2009. Våldigt lite litteratur kunde då hittas. Resultatet var detsamma då litteratursökningen gjordes på Arcadas bibliotek tillsammans med bibliotekarien våren 2012.

Litteratursökningen av vetenskapliga artiklar har skett genom olika databaser. Databaser som genomsökts är Pub Med, Academic Search Elite, CINAHL och Google Scholar. Dessutom har manuell sökning tillämpats och därtill förekommer forskningsartiklar i detta examensarbete som skribenten har fått av Affolterkolleger. Examensarbetet får även stöd av Affolter läroböcker och kurslitteratur samt föreläsningar av Felicia Affolter och Walter Bischofberger som skribenten fick under utbildningen till Affolterterapeut.

4.2 Urvalskriterier

För att hitta relevant litteratur och kunna begränsa litteratursökningen bör man använda sig av inklusions- och exklusionskriterier.

Mina inklusionskriterier var att forskningsartiklarna i detta arbete skulle vara publicerade på nordiska språk, engelska eller tyska. Forskningsartiklarna skulle enbart handla om Affolter-konceptet som rehabiliteringsmetod därför att examensarbetet är ett beställningsarbete om Affolter-konceptet dessutom berör forskningsfrågorna endast Affolter-konceptet. Tanken med detta examensarbete är inte att jämföra Affolter-konceptet med andra rehabiliteringsformer. Forskningsartiklarna skulle inte vara äldre än år 1980.

Mina exlusionskriterier var ifall forskningsartiklarna var äldre än år 1980. Om forskningsartiklarna var publicerade på annat språk än nordiska, engelska eller tyska. Om forskningsartiklarna jämförde Affolter-konceptet med andra rehabiliteringsformer.

Academic Search Elite	CHINAHL	PubMed	Google scholar	Manuell sökning
0 träffar	4 träffar 1 vald (men det är övrig litteratur pga att det är en bok)	7 träffar 1 vald	30 träffar 2 valda	2 träffar 2 valda

Figur 2. Bild över urvalsprocessen

Av dessa sju artiklar på Pub Med var en från 1981 och de övriga på 1960-1970 talet. Artikeln från 1981 inkluderades därför att den är en forskningsöversikt. De övriga ansågs vara för gamla. På Academic Search Elite inga träffar. På CINAHL fyra stycken träffar men endast en uppfyllde inklusionskriterier, den var dessutom ett stycke av en bok så den hamnar under övrig litteratur. På Google Scholar 30 stycken träffar varav 2 stycken som inkluderades därför att de var det enda som uppfyllde inklusionskriterierna. De flesta träffarna var om något annat ämne eller så var det endast bokcitat. De två övriga forskningsartiklarna hittades genom manuell sökning. Totalt finns fem forskningsartiklar som stöd till detta examensarbete samt övrig litteratur inom ämnet.

4.3 Kvalitetsgranskning

För att kunna granska forskningsöversikten har skribenten använt en mall från Fysioterapisuositukskäsikirja (2006 s. 39-41) som översatts till svenska. De frågor som inte kunde besvaras med ett ”ja/nej” ströks bort och slutligen återstod sju stycken frågor. En poäng ges för varje ”ja” svar.

- 6-7 poäng Hög kvalitetsnivå
- 3-5 poäng Medelhög kvalitetsnivå
- 0-2 poäng Låg kvalitetsnivå

Mallen för kvalitetsgranskningen av forskningsöversikten kan ses i Tabell 1.

Tabell 1. Mall för kvalitetsgranskning av litteraturstudier ur Fysioterapisuositukskäsikirja (2006 s.39-41).

	Ja	Nej
1. Förekommer en begränsad klinisk frågeställning?		
2. Ställs passande kriterier för urval av artiklar?		
3. Är det troligt att alla relevanta forskningar har tagits med i studien?		
4. Förekommer kvalitetsbedömning på studierna?		
5. Kan bedömningen av studien upprepas?		
6. Förekommer likartade resultat i de olika artiklarna?		
7. Beaktats alla kliniskt viktiga resultat?		

För att kvalitetsgranska de kvalitativa studierna användes en mall av Forsberg & Wengström (2013 s. 158) som är omformulerad och översatt till svenska. I den ursprungliga mallen fanns frågor som krävde mera beskrivande svar än ”ja/nej”. Mallen består nu av 12 stycken frågor och en poäng ges för varje ”ja” svar.

- 9-12 poäng Hög kvalitetsnivå
- 5-8 poäng Medelhög kvalitetsnivå
- 0-4 poäng Låg kvalitetsnivå

Mallen för kvalitetsgranskning av de kvalitativa studierna kan ses i Tabell 2.

Tabell 2. Omformulerad mall för granskning av kvalitativa artiklar utgående ifrån Forsberg & Wengström (2010 s.116)

		Ja	Nej
1.	Är metodvalet tydligt beskrivet och är designen relevant för att besvara frågeställningen?		
2.	Beskrivs urvalskriterierna och urvalsmetoden för gruppen tydligt?		
3.	Är undersökningsgruppen lämplig?		
4.	Är miljön där undersökningen gjordes beskriven?		
5.	Är genomförandet av fältarbetet noggrant beskrivet?		
6.	Beskrivs datainsamlingsmetoden tydligt?		
7.	Är proceduren som använts för dataanalys teoretiskt försvarbar?		
8.	Identifieras teman och begrepp?		
9.	Diskuteras analys och tolkning av resultat?		
10.	Kopplas resultaten till den ursprungliga forskningsfrågan?		
11.	Diskuteras studier som har påvisat motsägande resultat?		
12.	Presenteras tillräckligt med originaldata?		

För att granska de kvantitativa forskningsartiklarna togs hjälp av en mall för interventionsstudier ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s. 37-39). Den mallen är omformulerad och översatt till svenska. De frågor som krävde mera än ”ja/nej” svar omformulerades och 12 stycken frågor finns med i mallen. För varje ”ja” svar ges en poäng

- 9-12 poäng Hög kvalitetsnivå
- 5-8 poäng Medelhög kvalitetsnivå
- 0-4 poäng Låg kvalitetsnivå

Mallen för kvalitetsgranskning av interventionsstudierna kan ses i Tabell 3.

Tabell 3. Omformulerad mall för granskning av interventionsstudier enligt Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.37-39).

		Ja	Nej
1.	Förekommer en tydlig frågeställning?		
2.	Har deltagarna slumpmässigt valts ut till grupperna?		
3.	Finns det tillräckligt stort deltagarantal?		
4.	Är deltagarna, terapeuter och de som bedömde resultaten blindade från interventionen?		
5.	Hade grupperna samma utgångsläge när interventionen påbörjades?		
6.	Erhöll alla deltagare lika mycket terapi vid sidan av studien?		
7.	Analyseras klienterna i de grupper som de indelats i?		
8.	Sker uppföljning av samtliga deltagare?		
9.	Beaktades alla deltagare i resultatbedömningen?		
10.	Beskrivs metoden så noggrant att studien kan upprepas?		
11.	Evalueras och diskuteras alla kliniskt relevanta resultat?		
12.	Bedöms interventionens alla effekter och bieffekter?		

4.4 Etiska överväganden

I en systematisk litteraturstudie bör man även beakta etiska överväganden. Man bör tänka på att använda sig av studier där all litteratur och alla resultat presenterats, även de som inte stöder forskarens åsikt. Vetenskapsrådet redovisar i sina riktlinjer för god medicinsk forskning att fusk och osanningar inte får förekomma inom forskning. Med det menas att man inte får förvränga information eller stjäla och plagiera information. I detta arbete har de etiska överväganden beaktas. (Forsberg & Wengström 2013 s. 69)

4.5 Resultat av kvalitetsgranskningen

Resultatet av fem forskningar blev att tre erhöll hög kvalitet och två erhöll medelkvalitet. Eftersom det i detta examensarbete endast använts fem forskningar som kvalitetsgranskats har det även använts övrig litteratur inom ämnet. Den övriga

litteraturen kan dock inte kvalitetsgranskas. Man kan således konstatera att detta examensarbete erhåller ett måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka 2) om man analyserar efter SBUS gradering av evidensstyrka (se tabell 4). De enskilda forskningarna kommer att kort presenteras i bilaga 1.

Tabell 4. Gradering av evidensstyrka för slutsatser enligt SBU (Britton 2000: 4414)

Evidensstyrka 1: Starkt Vetenskapligt underlag	Evidensstyrka 2: Måttligt starkt Vetenskapligt underlag	Evidensstyrka 3: Begränsat Vetenskapligt underlag	Evidensstyrka 4: Otilräckligt Vetenskapligt underlag
Minst två studier med hög evidens, eller en meta-analys med hög evidens	En studie med hög evidens samt två studier med medel måttlig evidens	En studie med hög evidens och eller minst två med måttlig evidens	En studie med måttlig evidens eller studier med låg evidens

5 RESULTAT

I detta kapitel kommer jag att redovisa resultaten utifrån forskningsartiklarna.

Resultatredovisningen redovisas i tre delar utifrån forskningsfrågorna.

Forskningsfrågorna har således omvandlats till rubriker i kapitlet. En översiktstabell över forskningsartiklarna och forskningsfrågorna presenteras i tabell 5. En artikelpresentation finns i bilaga 1.

Tabell 5. Översikt av forskningarna i relation till forskningsfrågorna.

Artikel	Hur används konceptet?	Vem har nytta av konceptet?	Hurdana positiva beteendeförändringar?
1. Affolter 1981	x	x	x
2. Langvad 2006	x	x	x
3. Andersen et al 2008	x	x	x
4. Affolter et al 2009	x	x	x
5. Wennerström 2002	x	x	x

5.1 Rehabiliteringssyftet med Affolter-konceptet

Affolter (1981) betonar vikten av att man bör arbeta med patienten på dennes rätta förståelse- och inlärningsnivå. Man bör erbjuda problemlösande uppgifter och de skall vara baserade på alldagliga händelser. Hur man väljer att arbeta med patienten är igen baserat utifrån hans nivå. På en lägre inlärningsnivå väljer man att ha alla objekt färdigt inom synhåll för patienten, men för en patient som är på en högre inlärningsnivå så kan man även ha en del objekt utom synhåll. Det finns endast en sensorisk modalitet som kan aktiveras direkt och det är det taktil-kinestetiska systemet. För terapin och rehabiliteringen understryker det vikten av att använda sig av verkliga händelser i rehabiliteringen. Manipuleringen av ett riktigt objekt tillåter guidning och ger maximal taktil-kinestetisk input. Man kan således inte guida en person genom att se på bilder eller prata om aktiviteter. Langvad (2006) vill redogöra för hjärnskadebehandling utifrån Affolter-konceptet och hon vill fokusera på berättande av klinisk praxis alltså vad som händer när personer rehabiliteras med Affolter-konceptet. Langvad betonar att

Affolter-konceptet är mångprofessionellt. Eftersom en svårt hjärnskadad patient behöver en eller flera personer omkring sig hela tiden så är det upp till den som sköter om patienten att se till att patientens fysiska kropp sköts om och basala behov uppfylls. Det är samtidigt skötarens uppgift att designa vårdbehovet så att rehabilitering sker under olika tider på dygnet. Patienten behöver varken ha kognitiva eller motoriska färdigheter för att kunna guidas i Affolter-konceptet, men händelserna som sker skall vara all dagliga aktiviteter ex. tvättning, påklädning, förflyttningar o.s.v. Här poängteras även vikten av stabil omgivning som t.ex. väggar, britsar, golv mm. Langvad betonar att man kan behandla patienter med Affolter-konceptet oberoende av ålder. Andersen et al (2009) betonar också vikten av att veta på vilken inlärningsnivå patienten är på för att under guidningen kunna få fram positiva beteendeförändringar hos patienterna. Det är också viktigt att lära sig att titta på små tecken hos patienterna, i synnerhet om man arbetar med de patienter som har en mycket låg medvetandegrad. Där måste guidningen vara mycket tydlig och man skall ge patienten möjlighet att känna taktil information. Affolter et al. (2009) menar i sin forskning att man genom guidning med Affolter-konceptet är att man vill stimulera hjärnprocessen. Det kan man bl.a. med taktil-interaktion. Man försöker även att få förändringar i patienternas beteende så att de kan fungera mera optimalt. De betonar även betydelsen av de topologiska förändringarna under en guidning, när de sker tydligt syns märkbara förändringar i beteende hos patienterna. Wennerström (2002) har fått fram i sin studie att Affolter-konceptet kan användas som ett behandlingsredskap redan i ett tidigt skede av gravt hjärnskadade personer och att det med hjälp av Affolter-konceptet fick terapeuterna kontakt med patienterna. Genom omvårdnadsguidningen kan man påverka på patienten redan i ett tidigt skede. De upplevde även att det är svårt att bemöta patienter med mycket låg vakenhetsgrad. I studien framkommer också vikten i att använda stabil omgivning när man guidar för att patienten skall bli mera medveten om sin kropp i relation till omgivningen.

5.2 Personer som har nytta av att rehabiliteras med Affolter-konceptet

Alla forskningar som tagits del av visar att personer med stora perceptionsproblem och inlärningssvårigheter skulle ha nytta av att behandlas med Affolter-konceptet. Studierna påvisar att när en person har perceptionsproblem så har han svårighet med att utföra komplexa handlingar därför att man inte kan processa sitt taktila kinestetiska sinne på

ett adekvat sätt. Affolter (1981) säger att barn och vuxna med hjärnskada som har den perceptuella processen skadad har svårigheter med att organisera informationen som kommer utifrån. Andersen et al. (2008) har i sin observationsstudie analyserat personer med grava hjärnskador och med en låg medvetenhetsgrad RLAS-skalans poäng mellan 1-4 (Rancho Los Amigos Scale). Patienterna hade förlamningar i en eller flera extremiteter och de hade alla kognitiva brister. Studien visar att personer med mycket små resurser kan visa tecken på förbättring. Affolter et al. (2009) har i sin studie ett stort patientunderlag som de baserar sig på, (46 stycken patienter). Patienterna i studien har varierande svåra förvärvade hjärnskador. Alla patienter i studien visar positiva förändringar i sitt beteende (se kap. 5.3).

5.3 Positiva beteendeförändringar hos personer som rehabiliteras med Affolter-konceptet

Affolter (1981) nämner redan då de kortvariga och långvariga positiva förändringarna som man kan observera i beteende hos personer som behandlas med Affolter-konceptet. Här redogörs även för de olika inlärningsnivåerna personen är på och hur viktigt det är att man behandlar personen på rätt nivå för att få förändringar hos personen. Affolter et al. (2009) beskriver utförligt i sin forskningsartikel de kortvariga förändringarna som man kan se hos en person under behandlingen, eller just före eller efter behandlingen. De kortvariga förändringarna som beskrivs är **Uppmärksamhet**, d.v.s. när personen visar tecken på uppmärksamhet, det kan vara omedelbart när personen rör den stabila omgivningen eller under själva guidningen. En annan kortvarig förändring är att personen blir **Tyst** under behandlingen. Personen pratar på när hon är i ”free space” d.v.s. utan stabil omgivning, men tystnar när den kommer i kontakt med en stabil omgivning. Det sker därför att personen får information via taktila källan. En annan kortvarig förändring i beteende som man kan se är förändring i **Kroppsspänningen**, man kan även relatera förändringar i kroppsspänningen till ändringar av källinformationen. Ifall personen är hyperaktiv och har svårt att sitta stilla på en stol, kan man ändra på omgivningen till en mera stabil omgivning. Personen blir då mycket **Lugnare**. På långsikt blir även **Minne** bättre man kommer ihåg vad man gjort (memory). En annan beteende förändring är att kunna **Förutse** (Anticipation), en förutsättning för att planera kommande handlingar.

De långvariga förändringarna är i stort sätt de samma som de kortvariga förutom att, hypotesbildningen blir bättre och förändringarna håller i sig längre tid, allt från några minuter till timmar och senare till dagar etc. Andersen et al. (2008) delar upp de kortsiktiga förändringarna i fyra huvudkategorier som man skall observera:

Tonusnormalisering, Förändringar i ögonen d.v.s. blinkningar, Minskning av hyperaktivitet och till sist tecken på förståelse och Deltagande i händelsen.

Wennerström (2008) får genom intervjuer fram vad att informanterna kunnat se hos sina patienter under behandlingen: ökad tonus, ökad deltagande aktivitet i händelsen, ökad lugn d.v.s. minskad oro hos personerna, normaliserat ansiktsuttryck. Flera informanter kunde även se efter ett avslutat ”träningsspass” positiva effekter i icke tränade aktiviteter.

Langvad (2006) beskriver i ett narrativt perspektiv vad som sker under behandlingstillfällena. Hon baserar sin kunskap på tidigare gjorda forskning och hänvisar till de beteendeförändringarna. Även Langvad kan se positiva beteendeförändringar som att personerna blir lugnare och mera delaktiga i händelsen.

6 DISKUSSION

I den här delen redogörs förhållande till mitt syfte samt mina frågeställningar. Min och aktuell kunskap inom området redogörs också. Styrkor och svagheter i arbetet samt metodologiska brister diskuteras också.

6.1 Metoddiskussion

Mitt examensarbete är som nämnts tidigare en systematisk litteraturöversikt. Syftet med arbetet var att göra en sammanfattning av teoretisk referensram samt systematisk litteraturöversikt av Affolter- konceptet och på basen av den sammanställa en informativ broschyr om konceptet. Examensarbetet var ett beställningsarbete för Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter. Broschyren kan sedan användas för både personal och för anhöriga.

Granskning och kvalitetsbedömning på forskningsartiklarna som inkluderats i arbetet har gjorts. Som stöd användes Forsberg & Wengströms bok ”Att göra systematiska litteraturstudier” (2013). Jag har valt att kvalitetsgranska de kvantitativa och kvalitativa

forskningsartiklarna och som hjälp har jag använt mig av checklistorna som finns i boken. Jag har även använt mig av kvalitetsgranskningen från Käypä hoito (2012) och Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006). I detta examensarbete finns två forskningsartiklar som är kvantitativa och två forskningar som är kvalitativa. Därutöver har en forskningsöversikt (review) inkluderats. Kvaliteten på forskningarna kan bedömas som hög, måttlig eller låg. För att kunna gradera forskningsartiklarnas bevisvärde tog jag hjälp av SBU:s graderingssystem (Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm). Ett problem med kvalitetsgranskningen är att den ger stort bedömningsutrymme för skribenten. Det förekommer i detta arbete även litteratur som b.l.a. böcker som inte kan kvalitetsbedömas.

Orsaken till att systematisk litteraturstudie som metod valdes, är att jag ville få en översikt över den aktuella forskningen inom ämnet samt få svar på mina forskningsfrågor. Dessutom ville jag bidra till att Affolter-konceptet blir mera känt.

Litteratursökningar gjordes som nämndes tidigare i arbetet (kap.4.1) på olika databaser via Arcadas bibliotek. Dessutom användes manuell sökning. Litteratursökningen skedde under en lång process. Litteratursökningen påbörjades redan hösten 2009, då fanns väldigt lite litteratur tillgänglig. Litteraturen gick igenom och en ny litteratursökning på Arcada med bibliotekarien gjordes våren 2012, med samma resultat. Inga nya forskningsartiklar fanns inom ämnet.

6.2 Resultatdiskussion

Mitt examensarbete resulterade i endast fem forskningsartiklar som uppfyllde inklusionskriterierna. Jag är medveten om att inklusionskriterierna var snäva, men eftersom jag inte ville jämföra Affolter-konceptet med något annat koncept så blev innehållet mycket begränsat. De forskningsartiklar som inkluderades har ändå ett medel eller högt evidensvärde. Alla forskningsartiklar behandlar forskningsfrågorna. Den övriga litteraturen som jag tagit del av och som även stöder mitt arbete behandlar också forskningsfrågorna. Alla forskningarna redovisade för de olika positiva kortvariga förändringarna i personens beteende. Affolter et al. (2009) redogör även för de positiva långvariga förändringarna i personens beteende samt redogör för dokumenteringen. Det får stöd från litteratur som Affolter & Bishofberger skrivit i sin bok (2000 s. 184-185).

De långvariga förändringarna är i stort sätt de samma som de kortvariga förutom att, hypotesbildningen blir bättre och förändringarna håller i sig längre tid, allt från några minuter till timmar och senare till dagar mm. All litteratur och de olika forskningsartiklarna som jag tagit del av beskriver att perceptionen är en mycket viktig del, de betonar de perceptuella mekanismernas viktighet för inläring. I alla forskningsartiklarna betonas viktigheten i att använda sig av vardagliga aktiviteter och guida personen på sin rätta nivå. Forskningsartiklarna visar att Affolter-konceptet lämpar sig för personer med stora perceptionsproblem och inläringssvårigheter. Jag kan konstatera att den nyare forskningen stöder den äldre, det som skiljer dem åt är att dokumenteringen av de positiva beteendeförändringarna. Dokumenteringen av behandlingen av Affolter-konceptet har alltså förbättrats. Det som även är anmärkningsvärt är att man nu med säkerhet kan konstatera vad man skall observera för positiva beteendeförändringar. Det finnas helt klart behov av mera vetenskaplig forskning som inom området för att få mera evidens för konceptet.

Som nämndes tidigare har det varit svårt att få tag i artiklar genom de olika databaserna inom ämnet ifråga men Enligt Forsberg & Wengström (2013 s. 30) finns det inte några regler för hur många studier som bör ingå i en litteraturstudie. Kati Eriksson m.fl. säger att är det viktigt att förtydliga att evidensbaserad omvårdnad härstammar från både vetenskapliga studier och beprövade erfarenheter. Affolter-konceptet i sig har en mycket lång beprövad erfarenhet som bas. Dr F. Affolter skrev sin doktorsavhandling redan 1970. Affolter undervisar och forskar fortfarande i Affolter-konceptet. Enligt Forsberg & Wengström (2013) finns det olika former av evidens. De säger att evidensbaserad vård och omvårdnad baserar sig på tanken att människor har rätt att få vård enligt bästa möjliga bevis samt att man ska ta hänsyn till individuella behov. Forskningsresultat från endast **RCT** kontrollerade studier har redan länge ansetts som det bästa materialet för att sammanställa olika rekommendationer inom medicinsk erfarenhet men det är inte lika vanlig i omvårdnadsforskningen. Det är även värdefullt att få med kvalitativa forskningar som beskriver personers upplevelser. Det behövs även kunskap utifrån den **kliniska** erfarenheten, det är därför viktigt att den kunskapen förtydligas och sammanförs i ett evidensbaserat arbetssätt samt att man kan nå enighet om olika riktlinjer och standarder. Även klienternas och anhörigas **kunskap och erfarenheter** ska inkluderas i evidensbegreppet. För att man skall kunna arbeta evidensbaserat så bör dessa nämnda kunskapsgrunder sammanföras för att bästa resultat

skall kunna uppnås för klienten. (Forsberg & Wengström 2013 s. 21-22). Eriksson et al. (1999) menar att man inte kan få evidens i vården endast med den vetenskapliga kunskapen utan att det behövs samordning av huvudets, handens och hjärtats logik tillsammans med vårdandets etik. (Eriksson et al. 1999 s. 19) Det är viktiga ord som bör beaktas i vården.

7 SAMMANSTÄLLNING AV BROSCHYREN

Jag har använt den teoretiska referensramen i broschyren, innehållet har inte ändrat sig fast det har gjorts en systematisk litteraturöversikt. Däremot har jag fått svar på mina forskningsfrågor genom litteraturgranskningen. Det fina med litteraturgranskningen var att jag fått samstämmig information med relativt god kvalitet angående syftet och vilka positiva beteendeförändringar som terapin kan leda till. Broschyren är ett beställningsarbete för Invalidförbundet Kottby Rehabiliteringscenter och jag kan konstatera att konceptet lämpar sig även för en del av de klienter som finns på Invalidförbundet Kottby rehabiliteringscenter. Broschyren riktar sig till vårdpersonal inom olika yrkesgrupper och för anhöriga. Broschyren skall beskriva vad Affolter-konceptet är och hur man använder sig av det i praktiken. För att förtydliga och underlätta för användaren/läsaren har broschyren belysts med bilder. Pärmsidan har lämnats bort i examensarbetet, den består av en bild och texten ”Affolter-konceptet”. Innehållet är mestadels detsamma. Brödtexten till broschyren skall ännu behandlas tillsammans med Kirsi Säynevirta från Invalidförbundet Kottby Rehabiliteringscenter, eventuellt kan små förändringar i brödtexten förekomma för att uppfylla uppdragsgivarens önskemål. Broschyren kommer att tyckas upp i annat format den skall även att översatts till finska. Broschyrens nuvarande brödtext samt fotografier finns med i detta arbete som bilaga 5. Personerna som syns på fotografierna har gett sitt samtycke till att bilderna publiceras.

KÄLLOR

Affolter F. 1980, *Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior, a theoretical model and its application to therapy*. Hans Huberg Publishers Bern, 179 s.

Affolter F. 1981, *Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior*, Int.Rehab. Med., 3,3-9. © EUCLAR Publishers, Basel.

Affolter F. 1991. *Perception, Interaction and Language*. Springer-Verlag New York, 306 s.

Affolter F., Bischofberger W. 2000. *Nonverbal Perceptual and Cognitive Processes in Children With Language Disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc Publishers, 299 s.

Affolter F., Bischofberger W., Fischer L., Hoffmann W., Linzimeier S., Ott-Schindele R., Peschke V., Strathoff S., Trares M, 2009, *Erfassung der Wirksamkeit gespurter Interaktionstherapie bei der Behandlung von patienten mit erworbener Hirnschädigung*. Neuro Rehabil 2009. 15 (1) 12-17. Hippocampus Verlag.

Affolterteam-Therapezentrum Burgau. 16/2011. *Die Nische im Alltag. Praktische Beispiele*. 33 s.

Andersen A., Blak Lund. L, Hastrup Arentesen K. 2008, *Om Affolter modellen-Guidet interaktionsterapi*. Regionhospitalet Hammel Neurocenter. 24 s.

Britton M. 2000, *Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka*. Läkartidningen, Vol 97, nr 40. 4414-4415 s.

Danske Fysioterapeuter. 2009, Tillgänglig: <http://fysio.dk/Fysioterapeuter/2009/Det-er-de-sma-tegn-der-taller/> Hämtad 3.11.2009.

Davies J. 1992, *The Affolter method: A model for treating perceptual disturbances in the hemiplegic and brain-injured patient*. Occupational Therapy Practice/September 3(4)30-38 s.

Eriksson K., Nordman T., Myllymäki I. 1999, *Den Trojanska hästen*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Vasa, Kauppakaari Oyj Multiprint. 103 s.

Forsberg C. & Wengström Y. 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur och kultur, 216 s.

Forsbom M-B., Kärki E., Leppänen L., Sairanen R. 2001, *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Tampere:Tamer-Panio Oy, 151.

Fysioterapiasuosituskäsikirja.2006. 53 s. Tillgänglig:

<http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ndex.php/> Hämtad 12.4.2013

Hofer A. 2009, *Das Affolter-Modell*. Pflaum Verlag Munchen, 249.

Kollen B.J., Lennon S., Lyons B., Wheatley –Smith L., Sheper M., Buurke J et al 2009, *The effectiveness of the Bobath Concept in stroke rehabilitation: what is the evidence*. Stroke 40, e89-e97.

Käypä hoito käsikirja. 2012, Näytön asteen määrittely, elektronisk version, publicerad 19.12.2012. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti> Hämtad 12.4.2013

Langvad K. 2006. *Hjernskadebehandling ud fra Affolter-konceptet. Klinisk praksis i et narrativt perspektiv*. Det Sundhedsvidenskablige Fakultet, Syddansk universitet. 102 s.

Lindstam S., Ylinen A. 2012, *Aivovammojen kuntoutus*. Helsinki: Kustannos Oy Duodecim, 179.

Mazaux J. M, Richer E. 1998, *Rehabilitation after traumatic brain injury in adults*. Disability and Rehabilitation, Vol. 20, No. 12: 435-447

Nielsen K., Harrison Ma 1995, *The recollection of my whole body in my brain: physiotherapy based on aspects of the Affolter concept* .Physiotherapy in stroke management. London: Churchill Livingstone 1995.71-76 (book chapter)

Stockman Ida J.2004, *Movement and Action in Learning and Development*. Elseiver Academic Press, 357.

Svenska Akademinns ordlista över svenska språket. 2006, 13 uppl., Norstedts Akademiska Förlag, 1130 s.

Wennerström Christina. 2002, *Att använda Affolterkonceptet för patienter med perceptionsstörningar, fyra arbetsterapeuter berättar*. Karolinska Institutet, examensarbete i arbetsterapi, 10 poäng c-nivå.

BILAGA 1

Presentation av forskningsartiklarna samt resultatet av kvalitetsgranskningen.

Forskning 1. Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior

1981. Affolter Felicia

Syfte: Detta är en forskningsöversikt av flera forskningar. Det är tvärsnittsstudier (longitudinalstudier) som även har publicerats i bokformat. Syftet med forskningarna var att studera de perceptuella processerna hos normala barn och hos barn med hörsel och syn problem i 7- 14 års ålder. Därmed studerades barnens beteendemönster upp till den åldern.

Population: Barn i olika åldrar mellan 7-14 år. Det var normala barn samt barn med hörsel och syn problem.

Mätinstrument: observationer, analyser, video.

Intervention: tvärsnittsstudier, longitudinellstudier (över flera år).

Resultat och klinisk relevans: Förmågan att iaktta och uppfatta komplexa prestationer förbättras inte bara på lägre utan även på högre nivåer av utveckling, under hela perioden för språkinläringen, upp till 14 års ålder. För Affolterterapi bör man beakta att barn och vuxna med hjärnskada som har talsvårigheter kan även ha svårigheter med non verbala färdigheter.

Kvalitetsgranskning: Forskningarna är gjorda av Affolter-konceptets grundare själv Felicia Affolter. F. Affolter har gjort en sammanfattning i bokformat av flera **kvantitativa** forskningar. Forskningarna har pågått i många års tid. Välbeskrivna forskningar som beskriver både metoder och resultat. **Hög kvalitet.**

Forskning 2. Hjärnskadebehandling ud fra Affolter-konceptet. Klinisk praxis i et narrativt perspektiv. 2006. Langvad Karen

Syfte: Att beskriva i ord det som sker kliniskt. Tanken är att undersökningen skall utveckla Affolterteorin och metoden.

Population: sju klienter och sju terapeuter.

Mätinstrument: Observation, video, intervjuer

Intervention: tre behandlingar per klient-terapeut, en videofilmning, en intervju.

Resultat och klinisk relevans: Språklig redogörelse för klinisk praxis inom fem tema områden.

Kvalitetsgranskningen: En mycket välbelagd **kvalitativ** studie med **11/12p, hög kvalitetsnivå.**

Forskning 3. Om Affolter modellen-Guidet interaktionsterapi. 2008. Anna Birthe Andersen, Lone Blak Lund Karen Hastrup Arentsen.

Syfte: Den här publikationen är en del av en stor studie som skall beskriva kortvariga förändringar som man kan se, d.v.s. behandlingseffekterna. Det är en observationsstudie. De beskriver om Affolter-modellen på basen av tidigare forskning.

Population: fem patienter i ålder mellan 42-69 år (två kvinnor och tre män) med förvärvade svåra hjärnskador. RLAS (Rancho Los Amigos Scale) mellan 1-4.

Mätinstrument: Video med två kameror, den ena filmade klientens ansikte och den andra hela patienten. Dokumentation och analys i tre faser.

Intervention: Behandling i Affolter-modellen dagligen 20 min under tre dagar. Alla patienter fick samma aktivitet. Behandlingen videofilmades.

Resultat och klinisk relevans: De beskriver behandlingseffekterna som man får i Affolter-modellen. Alla patienter visar tecken på kortsiktiga förändringar i beteendet.

Kvalitetsgranskningen: Den stora studien är en **kvantitativ** forskning. Den del av studien som jag kunnat ta del av är en del av den teoretiska sammanfattningen för projektet, som beskriver Affolter-modellens aspekter. Författarna ansåg att det var värdefull grund för projektet. Studien har i dagsläget skickats in för publicering men har inte ännu publicerats och därför kan jag inte använda mig av den stora studien utan endast av den här beskrivningen utav studien som är en del av den teoretiska sammanfattningen för projektet. Jag har även kunnat ta del av de Danske Fysioterapeuternas fackliga hemsida där de kort berättar om studien. **8p/12p ,medel kvalitetsnivå.**

Forskning 4. Erfassung der Wirksamkeit gespürter Interaktionstherapie bei der Behandlung von patienten mit erworbener Hirnscädigung.2009. Affolter F., Bischofberger W., Fischer L., Hoffmann W., Linzimeier S., Ott-Schindele R., Peschke V., Strathoff S., Trares M.

Syfte: Att evaluera effekten av interaktionsterapi av patienter med förvärvad hjärnskada.

Population: Deltagarna i studien bestod av 46 personer med förvärvad hjärnskada i ålder mellan 19-79 år (medelålder 54 år).

Mätinstrument: video, Fönster (frame-by-frame)-analys som är en uppföljningsblankett.

Intervention: Deltagarna deltog under perioden 2001-2006 i elva i kurser, 97 stycken videodokumentationer.

Resultat och klinisk relevans: Man kunde se 182 stycken positiva beteendeförändringar.

Kvalitetsgranskningen: En mycket välgjord **kvantitativ** forskning med **9/12p, hög kvalitetsnivå**.

Forskning 5. Att använda Affolter-konceptet för patienter med perceptionsstörningar, fyra arbetsterapeuter berättar. 2002. Wennerström Christina.

Syfte: Att beskriva fyra arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter genom non verbal guidning enligt Affolter-konceptet vid rehabilitering av stroke patienter med perceptionsproblem.

Population: fyra arbetsterapeuter deltog i studien.

Mätinstrument: intervju (Kvale 1997)

Intervention: En pilotintervju, Intervjuerna utfördes under en period av 14 dagar. En intervju räckte mellan 70 till 140 minuter och alla spelades in på band.

Resultat och klinisk relevans: Arbetsterapeuterna i studien anser att Affolter-konceptet är ett användbart redskap i rehabilitering av patienter med perceptionsproblem. Det som upplevdes som svårt var själva användandet av konceptet, eftersom det är en komplex teori bakom som tar tid att lära sig. Alla arbetsterapeuter är ense om att hela teamet borde arbeta enligt samma koncept men de är medvetna om att det finns för få personer med utbildningen.

Kvalitetsgranskningen: Ett examensarbete på 10 p nivå. Det är en **kvalitativ** studie som är välgjord **10/12p hög kvalitetsnivå**.

BILAGA 2

E-POST KORRESPONDENS

Von: Cecilia Löfgren [<mailto:cecilia.lofgren@raseborgsfysioterapi.fi>] **Gesendet:** Freitag, 13. Mai 2011 12:10 **An:** info@apwschweiz.ch **Betreff:** SV: Neue Telefonnummer der APW

Dear Affolter-team,

I have a question that I hope you can help me answer.
Shall I use the Affolter-concept or Affolter-model when I talk or write about Affolter?
The reason I want to know this is when I studied to become an Affolter-therapist we talked about the Affolter-concept and now when I bought the new book it said Affolter-modell.
It's quite confusing when both of the terms are used so it would be nice to know for sure, wich one to use.

One more thing. Is there any plans to translate the Affolter website in English too at some point?

Best regards/
Cecilia Löfgren, Ekenäs, Finland

Från: apw [<mailto:info@apwschweiz.ch>] **Skickat:** den 17 maj 2011 12:47 **Till:** 'Cecilia Löfgren' **Ämne:** AW: Neue Telefonnummer der APW

Dear Mrs Löfgren
Concerning your question, I asked Mr Hofer who wrote the book the “Affolter-Modell®”. He says, that the two items “Affolter-Modell®” and “Affolter-Konzept®” as well as “L’approche Affolter®” are equal. It was just a question which term we would declare for trademark protection.

The attached file shows the way the terms are accepted.

There are plans to translate the APW website, but first we would like to make the whole site over (there is too much text) – but unfortunately we do not have enough money to have a complete redesign done.

I hope your questions are responded
Kind regards
Brigitte Roderer

APW Geschäftsstelle
Degersheimerstrasse 47
CH-9100 Herisau

Tel. +41 (0) 71 352 60 16 www.affolter.info

BILAGA 3

Certifikat

ORGANISATION MONDIALE
DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

34, chemin des Colombettes, case postale 18, CH-1211 Genève 20 (Suisse)
Tél.: (41-22) 338 9111 - Télécopieur (marques internationales): (41-22) 740 1429
Messagerie électronique: intreg.mail@wipo.int - Internet: http://www.ompi.int



ARRANGEMENT ET PROTOCOLE
DE MADRID

CERTIFICAT D'ENREGISTREMENT

Le Bureau international de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI) certifie que les indications figurant dans le présent certificat sont conformes aux inscriptions portées au registre international tenu en vertu de l'Arrangement et du Protocole de Madrid.

Judith Zahra
Directrice adjointe et chef
Section de l'examen et de l'enregistrement
Département de l'administration
des enregistrements internationaux

Genève, le 8 juin 2006

883 359

Date d'enregistrement: 24 avril 2006
Date d'échéance: 24 avril 2016

APW Arbeitsgemeinschaft für Probleme
bei Wahrnehmungsstörungen
c/o Brigitte Roderer
Degersheimerstrasse 47
CH-9100 Herisau
(Suisse).

Forme juridique du titulaire (personne morale) et lieu de constitution: Verein, Schweiz.

Affolter-Modell/Affolter-Konzept

Indication relative à la nature de la marque ou au type de marque: caractères standard

Traduction de la marque: L'APPROCHE-AFFOLTER.

Liste des produits et services - NCL(8):

41 Éducation, formation.

Enregistrement de base: Suisse, 31.08.2005, 538959.

Désignations selon le Protocole de Madrid: Communauté européenne.

Date de notification: 08.06.2006

Langue de la demande internationale: Français

BILAGA 4

EN INFORMATIV BROSCHYR OM AFFOLTER- KONCEPTET

Inledning

Det här är en informativ broschyr om Affolter-konceptet. Den riktar sig till dig som främst arbetar inom vården eller är anhörig. Broschyren kommer att ge dig en kort information och introduktion till Affolter-konceptet. Syftet med broschyren är att alla som är intresserade av Affolter-konceptet skall få en likvärdig information.

Affolter-konceptets historik

Namnet Affolter kommer från Felicia Affolter, f 1926. Felicia Affolter är i grunden speciallärare, utvecklingspsykolog, klinisk psykolog och audiolog/logoped. Hon doktorerade i språkvetenskap redan år 1970. Felicia Affolter forskar vid University of Minnesota. En viktig del av hennes forskning är vilka aspekter som är viktiga för barns perceptuella, språkliga och kognitiva utveckling. En baby kommer vidare i sin utveckling och så småningom utvecklas till en självständig individ. Affolter har även grundat ett center och en skola i St. Gallen, Schweiz för barn med perceptionsstörningar. Sedan 1989 är hon knuten till Therapiezentrum Burgau i Tyskland som är ett rehabiliteringscenter för vuxna med hjärnskada. Affolter är fortfarande aktiv. Hon forskar och undervisar i både Europa och USA tillsammans med Walter Bischofberger.

Walter Bischofberger är även han klinisk psykolog, speciallärare och audiolog/logoped. Bischofberger doktorerade 1989 vid University of Fribourg, Schweiz. Han har också varit ledare för centret perceptual disorders i St. Gallen och han har även grundat föreningen Arbeitsgemeinschaft für Probleme bei Wahrnehmungsstörungen (APW). (Stockman 2004 s. X111-X1V)

I Affolter-konceptet använder man sig av olika benämningar som är viktiga att förstå när man vill veta vad konceptet går ut på eller om man vill försöka att använda sig av konceptet. Härmed förklaras de viktigaste benämningarna så att det är lättare att förstå vad som händer hos personen när man rehabiliterar med Affolter- konceptet.

När Affolter beskriver sitt koncept gör hon liknelsen av ett träd med rötter och grenar. Man kan se det som att grenarna representerar de olika färdigheterna som vi människor har som språk, rörelser, förståelse med mera. Oftast har man problem i något område eller någon gren. Orsaken till problemen ligger i ”rotsystemet” och där bör man söka och behandla grundorsaken. Man måste komma åt rötterna, behandla dem för att grenarna skall kunna växa. I Affolter-konceptet tränar man alltså inte specifikt talet, rörelser eller att skriva, utan genom att behandla på rotnivå så blir även de olika färdigheterna bättre. Roten till utveckling hos människan och hjärnan är organisering av taktil information. Den taktila informationen ses genom guidning i dagliga aktiviteter på personens förståelsenivå som t.ex. guidning i personlig vård mm. Man guidar både position och vad som händer. Vad som menas med det förklaras närmare i broschyren. (Affolter 1991s. 163-164, 284, 292-293, Hofer 2009 s. 171)

Topologiska förhållanden

Ett mycket centralt begrepp i Affolter-konceptet är **topologisk förändring**. En topologisk förändring är en rumslig förändring som sker gällande två objekt. Det sker alltså en förändring mellan två topologiska förhållanden. För att förklara betydelsen av detta belyses här ett exempel:

1. Två objekt är separerade från varandra= ett topologiskt förhållande.
2. Två objekt är tillsammans med varandra= ett annat topologiskt förhållande.

Mellan dessa båda topologiska förhållanden har det skett en topologisk förändring. Ett kliniskt exempel är påklädning av en sko:

1. Fot och sko är separerade från varandra (foten är utanför skon) = ett topologiskt förhållande.
2. Fot och sko är tillsammans (foten är inne i skon) = ett topologiskt förhållande.
Det sker alltså topologiska förändringar runt omkring oss i vardagen hela tiden.
(Affolter 1991 s. 46-47, Affolter & Bischofberger 2002 s. 48-49)

Avsikten med Affolter-konceptet är att hjärnan behöver information om ändring i topologiska förhållanden mellan objekt för att förstå och utveckla förståelse om hur vardagliga aktiviteter går till.

Interaktion

Interaktion är även det ett centralt begrepp i Affolter-konceptet. Interaktion uppstår i en vardaglig aktivitet mellan en person och omgivningen, när personen rör sig och agerar. Den viktigaste informationen om den interaktionen är den taktila. Det kallas för taktil information. Affolter poängterar att interaktion innebär att känna förändring av topologiskt förhållanden mellan en aktör och omgivning, förändring från att vara separerade till att höra ihop. Det finns tre viktiga aspekter: motståndet, att känna, och det taktila. Motståndet är det viktigaste. (Affolter & Bischofberger 2000 s. 167, Stockman 2004 s. 181, Hofer 2009 s. 36)

Problemlösning i dagliga aktiviteter

För att kunna fungera i vardagliga livet behöver man kunna bilda hypoteser kring en händelse. Det betyder att man uttrycker förväntningar om hur händelser i framtiden kan äga rum. För att bilda hypoteser behövs information av självupplevelser d.v.s. av händelser som man har upplevt själv tidigare.

Händelsen bör alltid vara målinriktad. Målet kan sedan vara indelade i huvudmål och flera olika delmål. I vårt dagliga liv har vi en hierarki av olika mål. Man kan säga att vi har ett nätverk över olika målinriktade vardagliga aktiviteter. Som exempel: Vårt huvudmål är att laga morgonmål. För att laga morgonmål ingår det flera delmål som att koka kaffe, te, breda smörgås o.s.v. För att koka kaffe behöver man sätta kaffefilter, ta ut kaffepulver från burken, med mera. Alla små delmål behövs för att nå huvudmålet.

Hierarkin består av ett en del av delmål är förutsättningen för att man skall kunna gå vidare i en aktivitet. Ett sådant kan vara att öppna kaffeburken innan man tar ut kaffepulver o.s.v. För att kunna nå de specifika målen måste man kunna göra olika problemlösningar. (Stockman 2004 s. 182, Davies 192 s. 31-32)

Positioner

I Affolter-konceptet använder man sig av tre olika positioner som klienterna använder sig under terapin. De olika positionerna är **liggande**, **sittande** och **stående**. Man kan ändra på de olika positionerna. När vi ändrar positionerna så förändras förhållandet mellan kroppen, understöd och gravitation. Ett exempel på att ändra på positionen är att ändra från sittande till stående position. Vi kan även **variera** positionen men då bibehålls förhållandet mellan kropp, understöd och gravitation. Ett exempel på att variera positionen är att variera från ryggliggande till sidoliggande position. (Affolter 1991 s. 5, 188-189, Hofer et al. 2009 s. 43-46,117-118)

Stabilitetens betydelse

En viktig del i Affolter konceptet är betydelsen av en stabil omgivning i terapin. För att kunna röra sig och känna sig säker i omgivningen behöver vi veta var omgivningen är och var vår kropp är i förhållande till omgivningen. För att säkert veta detta bör vi ha en stabil omgivning som inte rör sig. (Stockmann 2004 s. 222, Affolterteam 2011 s. 3, 7, 24). Förändringar kan tydligast förnimmas (varseblivas) i förhållande till något som är stabilt. Detta gäller inte bara för det taktil-kinestetiska sinnessystemet utan även för andra sinnessystem. Alla har vi säkert suttit i ett tåg och sett ut genom fönstret och funderat om det är mitt tåg eller det andra tåget som rör sig? För att klargöra detta tittar vi ut genom tågfönstret och blir säkra när vi relaterar förändringen till stationshuset som inte rör sig. Därför är det viktigt när man arbetar med personer med perceptionsstörningar med en stabil omgivning samt att endast en sak rör sig i taget. Det kan vara att en del av ett objekt hålls stabilt och den andra rör sig. t.ex. En flaska hålls stabil, rör sig inte så att man kan känna att locket kommer bort, rör sig när flaskan öppnas. (Affolter & Stricker 1980 s.196). Stabilitetens betydelse bör alltid beaktas. Att tänka på då man vårdar är att även där använda sig av liknelsen mellan tåget och

stationen i sitt arbetssätt. Nedan följer några exempel på situationer som man kan stöta på vid t.ex. omvårdnadsguidning.

- Påklädning av byxorna: Byxan rör sig (tåget) och benet är stilla/stabilt (stationen).
- Tvättning av armen: Armen är stilla/stabil (stationen) och tvättlappen rör sig(tåg).
- Påklädning av en rock: Armen är stabil (stationen) och rockärmen rör sig (tåg). Situationen kan varieras så att armen rör sig (tåg), och rockärmen blir stilla/stabil (stationen).

Det viktiga är att bara en sak rör sig i taget. Det gäller i alla guidningssituationer.

Information

Benämningen information är också ett centralt begrepp i Affolter konceptet. Affolter definierar information som att det är information som transporteras till hjärnan via våra sinnen (huvudsinnen är det taktil-kinestetiska, visuella, auditiva), via vidare processande till att bli någonting meningsfullt. Den information som kommer via de taktila kanalerna berättar om topologiska förändringar mellan kropp och omgivning och mellan ett objekt och ett annat objekt. (Affolter & Stricker 1991, s139)

Information är nödvändigt för att förstå en händelse. Informationen är nödvändig för att vi skall kunna agera. Verbala instruktioner är inte alltid tillräckliga. Om man inte får tillräckligt med information ökar rädslan och tonus. Hjärnan söker hela tiden efter information. En person kan t.ex. sparka och slå för att söka information om omgivningen. Föreställ er en man som haft en stroke och sitter i rullstol. Han utför inte någon aktivitet utan sitter bara och stampar med foten. Varför gör han så? Han söker kontakt från omgivningen, information om var hans kropp befinner sig. Genom att stampa med foten får kroppen signaler via hud, muskler och leder som talar om detta. För att ytterligare tydliggöra detta fenomen beskrivs här ännu ett exempel: En baby ligger på golvet och rör sig, sparkar med benen. När foten får kontakt med golvet så stannar babyn upp med att sparka för en stund. Babyn söker efter information från omgivningen.

Vad Informationen, det är själva uppgiften som man guidar personen igenom. Man guidar alltså vad som händer. Personen som guidas skall bli medveten om vad som händer. Hon skall få taktil information för att kunna göra problemlösningar. Man guidar personen genom att utföra en vardaglig uppgift. Guidningen är endera omvårdnadsguidning eller elementärguidning.

Var Information är sökning av en position, guidning av positionen. Personen vet t.ex. vet att han sitter på stolen då han känner att sitter på stolen, att ryggen stöder mot ryggstödet mot ryggen osv. **Var informationen** ges som en gungning under höftpartiet, stället var gungningen sker är beroende på vilken position personen befinner sig i (liggande sittande eller stående). **Var informationen** är viktigt för att personen skall bli medveten om var hon befinner sig i omgivningen, bli medveten om sin position i förhållande till omgivningen.

(Forsbom et al 2001s. 102-103)



Exempel på när **var information** ges i olika positioner i en stabil omgivning.

Guidning

Affolter har utvecklat en metod för inlärning som kallas guidning. Syftet med behandlingen enligt Affolter konceptet är att personerna får taktil information genom att guida dem i livets dagliga aktiviteter. Därigenom kan organiseringen av perception förbättras och interaktion och problemlösning i dagliga livet bli enklare och lättare att förstå.

Affolter har utvecklat en metod för inlärning som kallas guidning. All guidning som sker i Affolter konceptet sker alltid **non-verbalt**. Personen som skall guidas blir alltid informerad om detta i förväg ifall att personen har kognitiv förmåga, men man berättar inte vad uppgiften är. Enligt Affolter är det viktigt att händelsen är en riktig vardagshändelse. (Affolter 1981 s. 6, Davies 1992 s. 36) Efter guidningen diskuterar man uppgiften tillsammans med personen. På så sätt får man fram viktig information om personen, så som vilken förståelsenivå personen är på, hur personen har lyckats med problemlösningen och om hon har förstått uppgiften mm. Man kan även guida personer som är medvetlösa eller personer som inte förstår vad det är frågan om och då informerar man anhöriga eller vårdpersonal om vad man gör och varför. När man guidar medvetlösa eller personer med en låg förståelsenivå försöker man att ge mycket taktil information till klienten. Genom att guida personens händer och kropp i vardagliga aktiviteter ger man förutsättningar till personen att percipiera sin kropp och sin omgivning samt att kunna göra hypoteser och problemlösningar. Man bör dock vara medveten om skillnaden mellan att göra med personen och inte göra för personen. Det tar inte längre tid att göra aktiviteten med personen istället för att göra aktiviteten för personen. Tänk på att ett så enkelt exempel som att öppna dörren tillsammans med personen istället för att öppna dörren för personen. Många av våra klienter befinner sig i en ständig skräcksituation därför att de inte känner igen sin kropp och vad som händer. Genom att guida dem och ge taktil information kan man hjälpa dem.

I Affolter konceptet använder man sig av två olika guidningssätt: Omvårdnadsguidning och elementärguidning.

Omvårdnadsguidningen (nursing guidning)

Man gör allt för personen. Personen behöver inte aktivt vara med i guidningen. Omvårdnadsguidningen kan t.o.m. göras för medvetlösa. Man guidar alltid turvis höger och vänster sida, innan sidbyte sker med s.k. **var** informations sökning, d.v.s. man söker information om positionen. (Forsbom et al 2001 s. 102-103, 106-108, Nielsen & Harrison 1995 s. 73).



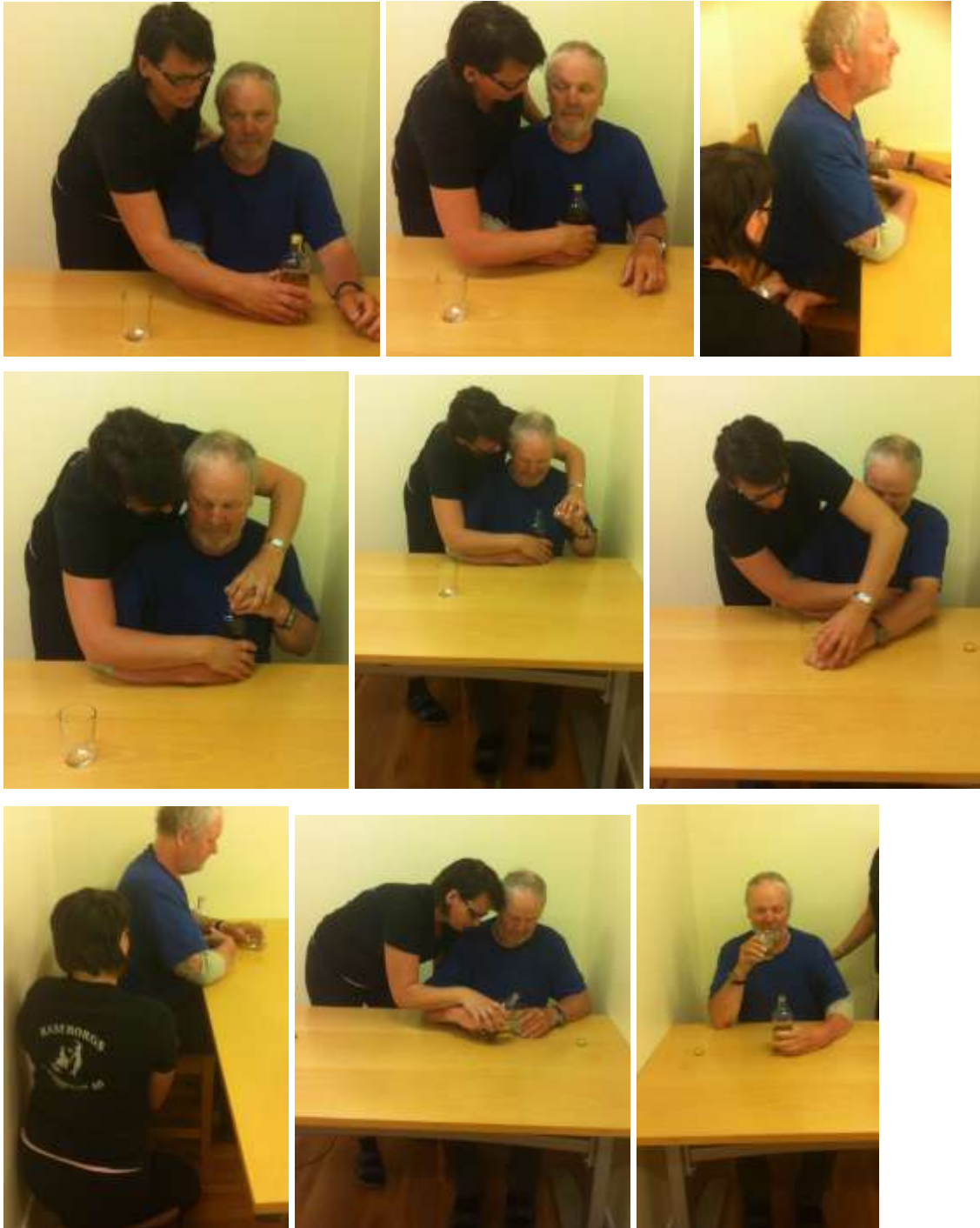
Exempel på omvårdnadsguidning: påklädning av strumpa i ryggliggande.



Exempel på omvårdnadsguidning: påklädning av strumpa i sittande i en stabil omgivning.

Elementärguidning (elementary guidance)

Man guidar genom personens händer. Man placerar sina egna händer på den personens händer som man skall guida. Man håller lätt sina egna fingertoppar på personens fingertoppar. Det skall uppfattas som om det är personens händer som gör uppgiften och inte guidarens händer (Forsbom et al 2001 s. 102-103, 106-108).



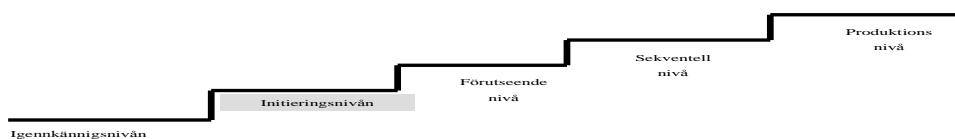
Exempel på elementärguidning: Dricka läsk.



Exempel på elemntärguidning: äta banan.

Inläringstrappan

För att kunna rehabilitera och guida våra klienter på ett framgångsrikt sätt bör vi veta på vilken förståelsenivå personen är. För att veta det kan vi ta hjälp av en så kallad inläringstrappa. Nedan kommer de olika nivåerna i inläringstrappan beskrivas i korthet. Därtill ges ett kliniskt exempel på en aktivitet taget från en vardaglig aktivitet som duscha. (Forsbom et al 2001s. 70, Affolter & Stricker 1980 s.127-130)



Figur 1. Bild över Inläringstrappan. En svensk översättning av M. Loid 1987.

På **igenkänningsnivån** behöver personen guidas igenom hela situationen från början till slut. Personen vet inte vad det är frågan om för aktivitet. Personen kan inte göra en problemlösning. Ex. personen kan inte öppna kranen eller ta i duschen. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 127)

På **initieringsnivån** kan personen påbörja en aktivitet. Trots att personen kan påbörja en aktivitet så behöver den inte vara i logisk ordningsföljd i aktiviteten. Personen behöver guidning för att komma vidare i aktiviteten/ handlingen. Ex. personen öppnar kranen och börjar kanske tom duscha sig själv, kan inte gå vidare i aktiviteten och vet inte när man skall sluta. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 1288)

På **förutseendenivån** är personen självständig i här och nu. T.ex. personen kan duscha sig självständigt och i logisk ordning men föremålen måste finnas inom synhåll. Personen kan inte planera vidare för påklädning eller annat som inte har med just den aktuella situationen att göra. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129)

På den **sekventiella nivån** tänker personen logiskt och klarar sig i bekanta situationer. Föremålen behöver här inte vara inom synhåll. Ex. personen kan efter att ha duschat hämta rena kläder och handduk. Personen kan dock inte samtidigt tänka på följande aktivitet, utan bara på den aktivitet som är närmast tiden. På den här nivån klara personen av att bo på ett servicehus eller hemma med stöd från omgivningen. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129)

På **produktionsnivån** kan personen planera alla steg i aktiviteten. Om något objekt saknas t.ex. handduken så kan han hämta den innan aktiviteten påbörjas. Personen kan även välja att duscha på den tid som är lämpligast. På den här nivån kan man bo hemma och klarar sig självständigt. I rehabiliteringssyfte är det viktigt att stöda till sociala grupper och arbete. Affolter betonar att man bör arbeta på personens förståelsenivå för att vi skall kunna göra framsteg i terapin. (Forsbom et al 2001 s.70, Affolter & Stricker 1980 s. 129-130)

Positiva beteende förändringar

Affolter konceptet är ett rehabiliteringskoncept. Genom rehabilitering med Affolter konceptet vill man försöka att förändra personens beteende i positiv riktning. Man guidar personen i en vardaglig händelse genom omvårdnadsguidning eller efter elementärguidningens principer. Man skall observera olika förändringar i beteendet hos personen. Man ser om personen reagerar på behandlingen/guidningen och i så fall hur personen reagerar på behandlingen. För att kunna analysera förändringarna i personens beteende används video och en uppföljningsblankett som fylls i. Analys av personens beteende görs före behandlingen, under behandlingen och efter behandlingen. Affolter delar in förändringarna i kortvariga förändringar och långvariga förändringar. Hon tänker sig att de kortvariga förändringarna är ett tecken på att rötterna börjar växa och de långvariga förändringarna att grenarna växer som ett resultat av att roten blir starkare.

Kortvariga förändringarna som man ser efter hos personen under behandlingen är:

- **Uppmärksamhet** (attention). Hur och när visar personen uppmärksamhet? Genast när personen rör den stabila omgivningen eller under själva guidningen?
- **Tystnad** (silent) personen pratar på när hon är i "free space" men tystnar när det kommer en stabil omgivning d.v.s. personen får information via taktila källan.
- **Kroppsspänningen** (body tone) man kan även relatera förändringar i kroppsspänningen med ändringar av källinformationen (source information). Det kan vara fråga om för högt kroppstonus t.ex. när man går omkring i fritt utrymme och inte kunna se/veta var man går då har man högre kroppsspänning. Men går man däremot så att man känner omgivningen och känner sig trygg, har man en lägre kroppsspänning.
- **Lugn** (calm) ifall personen är hyperaktiv och har svårt att sitta stilla på en stol, man kan sätta personen ner och sitta på golvet i en knut (stabil omgivning) personen blir mycket lugnare.
- **Minne** (memory) kommer personen ihåg vad som gjordes under guidningen.
- **Antipatoriska** (Anticipation) d.v.s. ses tecken på att man kan planera nästa steg i händelsen.

Man strävar efter att personen får mera **långvariga förändringar** i sitt beteende som håller i sig längre tid, allt från några minuter, timmar och senare dagar mm. De långvariga förändringarna man kan observera är t.ex. förbättrad kropps spänning och att hypotes bildningen blir bättre. (Affolter & Bischofberger 2000 s. 184-185,189)

Slutord

Ett stort tack till er som läst broschyren, hoppeligen har den gett er den information som behövdes för att få en inblick i vad Affolter konceptet innebär. Hoppeligen hjälper den er att tänka på ett litet annat sätt när ni vårdar gravt hjärnskadade personer.

Jag hoppas också att du som läsare vill veta mera om Affolter konceptet, då kan du besöka hemsidan www.affolter.info och läsa mera. Där finns även information om skolningar som ordnas mm. Tyvärr är hemsidan ännu endast på tyska.

KÄLLOR

Affolter F. 1980, *Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior, a theoretical model and its application to therapy*. Hans Huberg Publishers Bern, 179 s.

Affolter F. 1981, *Perceptual processes as prerequisites for complex human behavior*, Int.Rehab. Med., 3,3-9. © EUCLAR Publishers, Basel.

Affolter F. 1991. *Perception, Interaction and Language*. Springer-Verlag New York, 306 s.

Affolter F., Bischofberger W. 2000. *Nonverbal Perceptual and Cognitive Processes in Children With Language Disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc Publishers, 299 s.

Affolter F., Bischofberger W., Fischer L., Hoffmann W., Linzimeier S., Ott-Schindele R., Peschke V., Strathoff S., Trares M, 2009, *Erfassung der Wirksamkeit gespurter Interaktionstherapie bei der Behandlung von patienten mit erworbener Hirnschädigung*. Neuro Rehabil 2009. 15 (1) 12-17. Hippocampus Verlag.

Affolterteam-Therapezentrum Burgau. 16/2011. *Die Nische im Alltag. Praktische Beispiele*. 33 s.

Andersen A., Blak Lund. L, Hastrup Arentesen K. 2008, *Om Affolter modellen-Guidet interaktionsterapi*. Regionhospitalet Hammel Neurocenter. 24 s.

Britton M. 2000, *Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka*. Läkartidningen, Vol 97, nr 40. 4414-4415 s.

Danske Fysioterapeuter. 2009, Tillgänglig: <http://fysio.dk/Fysioterapeuter/2009/Det-er-de-sma-tegn-der-taller/> Hämtad 3.11.2009.

Davies J. 1992, *The Affolter method: A model for treating perceptual disturbances in the hemiplegic and brain-injured patient*. Occupational Therapy Practice/September 3(4)30-38 s.

Eriksson K., Nordman T., Myllimäki I. 1999, *Den Trojanska hästen*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Vasa, Kauppakaari Oyj Multiprint. 103 s.

Forsberg C. & Wengström Y. 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur och kultur, 216 s.

Forsbom M-B., Kärki E., Leppänen L., Sairanen R. 2001, *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Tampere:Tamer-Panio Oy, 151.

Fysioterapiasuosituskäsikirja.2006. 53 s. Tillgänglig:

<http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ndex.php/> Hämtad 12.4.2013

Hofer A. 2009, *Das Affolter-Modell*. Pflaum Verlag Munchen, 249.

Kollen B.J., Lennon S., Lyons B., Wheatley –Smith L., Sheper M., Buurke J et al 2009, *The effectiveness of the Bobath Concept in stroke rehabilitation: what is the evidance*. Stroke 40, e89-e97.

Käypä hoito käsikirja. 2012, Näytön asteen määrittely, elektronisk version, publicerad 19.12.2012. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti> Hämtad 12.4.2013

Langvad K. 2006. *Hjernskadebehandling ud fra Affolter-konceptet. Klinisk praksis i et narrativt perspektiv*.Det Sundhedsvidenskablige Fakultet, Syddansk universitet. 102 s.

Lindstam S., Ylinen A. 2012, *Aivovammojen kuntoutus*. Helsinki: Kustannos Oy Duodecim, 179.

Mazaux J. M, Richer E. 1998, *Rehabilitation after traumatic brain injury in adults*. Disability and Rehabilitation, Vol. 20, No. 12: 435-447

Nielsen K., Harrison Ma 1995, *The recollection of my whole body in my brain: physiotherapy based on aspects of the Affolter concept* .Physiotherapy in stroke management. London: Churchill Livingstone 1995.71-76 (book chapter)

Stockman Ida J.2004, *Movement and Action in Learning and Development*. Elseiver Academic Press, 357.

Svenska Akademinns ordlista över svenska språket. 2006, 13 uppl., Norstedts Akademiska Förlag, 1130 s.

Wennerström Christina. 2002, *Att använda Affolterkonceptet för patienter med perceptionsstörningar, fyra arbetsterapeuter berättar*. Karolinska Institutet, examensarbete i arbetsterapi, 10 poäng c-nivå.