



# ErgUs

## – Vurdering av kognitiv funksjon i akuttstusykehus

*Redusert kognitiv funksjon kan føre til store funksjonelle vansker i hverdagen hjemme eller på jobb. Mange pasienter opplever dette etter hjerneslag eller andre typer ervervet hjerneskade. Ofte er disse vanskene «usynlige» og vanskelige å identifisere. Henvisning til ergoterapi for vurdering av kognitiv funksjon ved Sykehuset Innlandet Lillehammer (SIL) har de siste årene økt, samtidig som liggetiden ved sykehuset går ned. Ergoterapeutene ved sykehuset har derfor gjennom et prosjekt utviklet ErgUs som har vist seg å være et effektivt verktøy for å kartlegge kognitiv funksjon. Kommuneergoterapeutene mener at ErgUs gir et realistisk bilde av pasienter de følger opp og er et utgangspunkt å bygge videre på. ErgUs bidrar til å avkrefte mistanke om kognitiv svikt og til å bekrefte kognitiv svikt.*

AV REIDUN SKØIEN, HILDE ROSSELAND, UNNI VÅGSMYR, HELGA HOVDEN OG SIGRUN KORNKVEEN

### Bakgrunn

Ergoterapienheten ved SIL benytter ADL-aktiviteter og ulike kognitive tester for å kartlegge funksjonsvansker hos pasienter med en mulig ervervet hjerneskade. Gjennom slike undersøkelser avdekkes vansker med mestring av daglige gjøremål. Dette er ofte van-

sker som for andre er «usynlige», og gjerne ikke oppdages før pasienten er kommet hjem (1). Tegn på apraksi, konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, neglekt, eller manglende utholdenhet, er eksempler på dette. Ved å kombinere kjente ADL-aktiviteter med sammensatte ukjente oppgaver/tester, får ergoterapeutene

et bedre grunnlag for å vurdere om pasienten har redusert kognitiv funksjon eller ikke.

Ved norske akuttstusykehus er liggetiden for mange pasienter svært kort. Gjennomsnittlig liggetid var i 2009 4,6 døgn (2), og den reduseres stadig. Ofte er det snakk om ett til to døgn. I løpet av denne tiden skal pasienten til flere undersøkelser. Det er derfor av stor betydning at kartleggingen ergoterapeuten skal gjøre, kan skje så raskt og effektivt som mulig. I følge Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag er tidlig kognitiv kartlegging viktig for å kunne gi et riktig rehabiliteringstilbud (3). For å kvalitetssikre og effektivisere kartleggingsarbeidet valgte ergoterapeutene ved SIL fire undersøkelser som ofte benyttes i kartleggingen av pasienter hvor det er mistanke om kognitive utfall. Disse undersøkelsene bestod av en observasjon i en ADL-aktivitet og tre ulike tester (kafetrakting, Mini mental status test, Trail Making Test A og B og Klokke-test). Dette er anerkjente tester som benyttes av ergoterapeuter i og utenfor institusjon i Norge (3). De valgte undersøkelsene kalles heretter for



*Fra venstre Hilde Rosseland, spesialergoterapeut; Unni Vågsmyr, spesialergoterapeut; Reidun Skøien, cand. san./spesialergoterapeut; Sigrun Kornkveen, spesialergoterapeut og Helga Hovden, spesialergoterapeut.*

*E-post: Reidun.Skoiene@sykehuset-innlandet.no*

*Det foreligger ingen kjente interessekonflikter.*

*ErgUs* (Erg = ergoterapi, Us = undersøkelse).

*ErgUs* gjennomføres etter en fastlagt prosedyre og består av følgende undersøkelser:

- Kaffetrakting (med utarbeidet prosedyre): Kaffetrakting kan avdekke apraksi, neglekt, vansker i forhold til hukommelse, rom/retning, konsentrasjon, planlegging og organisering.
- Mini Mental Status Evaluering (MMSE) (4): MMSE kan avdekke vansker i forhold til hukommelse, orientering, rom/retning, oppmerksomhet, forståelse og skriftlig framstillingsevne.
- Trail-Making Test A og B (TMT) (5): TMT kan avdekke vansker i forhold til strategi, oppmerksomhet/delt oppmerksomhet, neglekt, psykomotorisk tempo, tall- og bokstavforståelse, problemløsning og konsentrasjon.
- Klokketest (6): Klokketesten kan avdekke vansker i forhold til neglekt, rom/retning og orientering.

For å dokumentere nytten av kartleggingsverktøyet ble det opprettet et prosjekt for å evaluere *ErgUs*. Prosjektet ble finansiert av Den norske legeforsknings Kvalitetssikringsfond II (Fond for kvalitet og pasientsikkerhet). Målet var å finne ut om *ErgUs* var relevant og tilstrekkelig til å avdekke mulige funksjonsvansker pasientene opplevde i hverdagen etter utskrivelse til hjemmet. Prosjektet ble gjennomført i 2009. I løpet av dette året ble *ErgUs* brukt systematisk overfor pasienter med mulig redusert kognitiv funksjon.

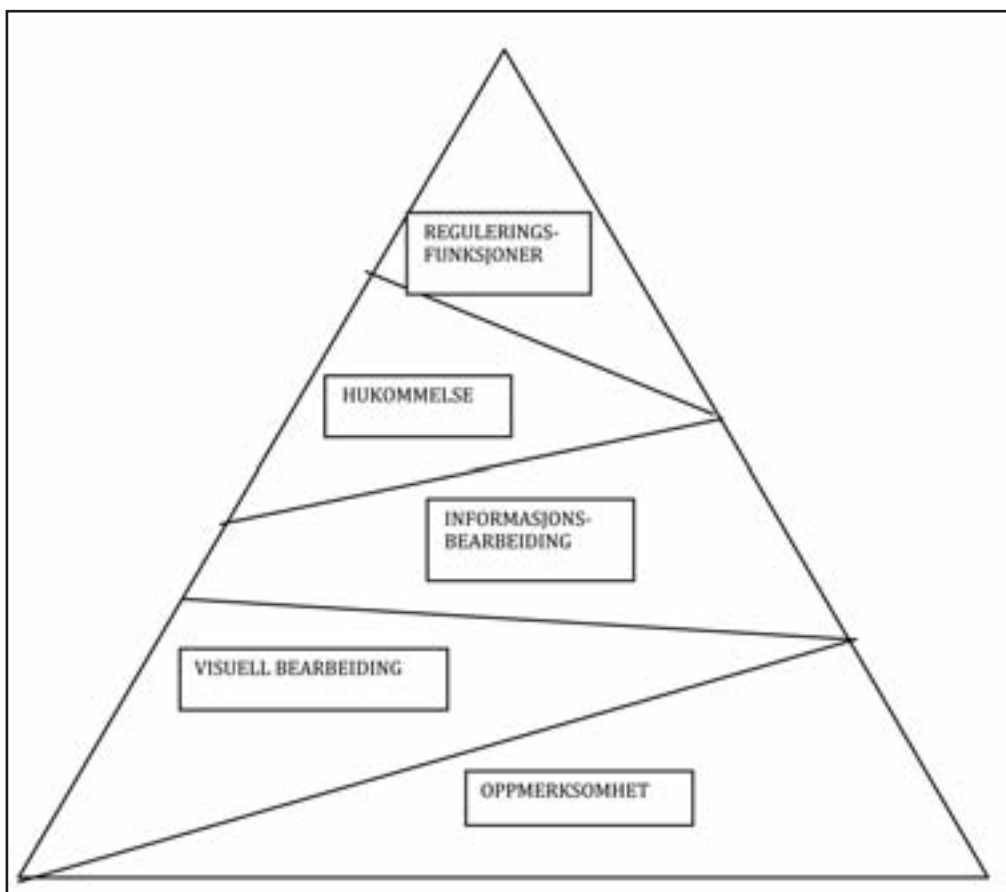
### Problemstilling:

I hvilken grad er resultatene av kartleggingen ved bruk av *ErgUs* nyttig for kommuneergoterapeutene i oppfølging av utskrevne pasienter?

### Teoretisk perspektiv

#### Hvorfor foretar vi testing av kognitiv funksjon?

Personer med hjerneslag utgjør den største gruppen med ervervet hjerne-skade. Hvert år rammes 15 000 personer av hjerneslag i Norge (2). Omtrent en av tre trenger rehabilite-



Figur 1. Kognisjonens fem elementer. Hentet fra *Rehabilitering av kognitive funksjoner, kurspresentasjon ved Jovana Ninkov, assisterende lege Ottestad, september 2009. (Basert på Malia og Brannagan).*

ring på grunn av en funksjonsnedsettelse som påvirker dagliglivets aktiviteter. Tidlig intervensjon er viktig for å begrense skadeomfanget. I tillegg til de synlige utfallene ved hjerneslag er det viktig å avdekke de «usynlige» utfallene. Redusert kognitiv funksjon kan føre til store funksjonelle vansker i hverdagen hjemme eller på jobb (1, 3).

Kognisjon kan defineres som: «*Hvordan individet nyttegjør seg den informasjon som tas inn gjennom sansing og persepsjon, endres gjennom læring, oppbevares i hukommelsen og brukes til å løse problemer ved hjelp av språk og tenkning*» (7).

Kognisjon kan deles inn i fem elementer (Figur 1):

- *Oppmerksomhet* er evnen til å fokusere på enkelte aspekter fra omgivelsene som er viktige eller interessante, samt på muligheten til å bearbeide denne informasjonen. For å gjøre det mulig, må man være våken og konsentrert (8). Oppmerksomhet gir grunnlag for andre

kognitive prosesser, og uten oppmerksomhet er det vanskelig å bearbeide informasjon, huske den eller bruke den til å løse et problem. Et eksempel kan være bilkjøring. Ved bilkjøring er det avgjørende at sjåføren har oppmerksomhet på flere ting samtidig. Pasienter med redusert kognitiv funksjon får vanligvis kjøreforbud i en periode (3). TMT - B kan bekrefte om pasienten har vansker med delt oppmerksomhet eller ikke.

- *Visuell bearbeiding* er viktig for å få informasjon fra omgivelsene. Problemer med synet leder til vansker med å forstå omgivelsene (9). Uten presis persepsjon av omgivelsene kan det være vanskelig å reagere riktig. Mellom 50 og 65 prosent av pasientene har problemer med synet etter traumatisk hjerneslag (8). Selv om synstester viser at hjerneslagpasienten ser bra, kan det likevel vise seg at han eller hun ikke klarer å bruke synet adekvat. *Visuell kognisjon* er evnen til å bruke/manipulere visuell informa-

sjon og integrere den med andre sensoriske informasjoner.

Eksempler på dette er rom/retningsvansker, konstruksjonsvansker og redusert mulighet til å bruke kontekst til å skaffe mening fra et synsinntrykk (8). Denne typen synsvansker rapporteres i liten grad. Selv ikke pasienten formidler dette (10). Observasjon i ADL-aktivitet kan avdekke om pasienten har vansker på noen av disse områdene.

- *Informasjonsbearbeiding* betyr å få mening ut av informasjonen vi tar inn. Det betyr å tenke, planlegge, utføre handlinger eller kunne svare (9). En skade i hjernen kan endre denne forståelsen, og derfor kan verden virke forvirrende og vanskelig (9). Er det mistanke om at pasienten har slike vansker, er det viktig å redusere mengde informasjon. Videre må pasienten få tid til å svare (ti sekunder teknikk) (10). Informasjon som gis i forbindelse med kartleggingssituasjonen, kan avdekke vansker med slik bearbeiding.
- *Hukommelsesvansker* er svært ofte et rapportert problem etter hjerne-skade (8). Hukommelse er evnen til å huske informasjon og hente den fram på et senere tidspunkt (9). Oppmerksomhet og informasjonsbearbeiding er grunnleggende for hukommelsen. Hukommelse deles gjerne i korttidshukommelse, som varer noen sekunder, dvs. den tiden du trenger for å notere beskjeder etc. (10), langtidshukommelse, som brukes til for eksempel å huske det man har lært (gjenkalle), og hverdagsminne som brukes til for eksempel å huske avtaler (8). Ved å benytte MMSE test og praktisk oppgave, kan hukommelsesvansker avdekkes. Ved spesielle hukommelsesvansker er det aktuelt å benytte spesifikke hukommelsestester eller henvisne til hukommelsesklinikk.
- *Reguleringsfunksjoner* er for eksempel koordinering og kontroll av tenkning og atferd, slik at en kan fullføre hensiktsmessig aktivitet og ha adekvat atferd. De fleste kognitive funksjoner er rettet mot hva man gjør, mens reguleringsfunksjo-

ner er rettet mot hvordan man gjør ting (8). Reguleringsfunksjoner kan deles inn i syv områder. Disse er innsikt i egen situasjon, sette realiste mål, ta initiativ, evne til å stoppe upassende adferd, evne til å planlegge og organisere, evne til å justere ut fra erfaring og evne til fortløpende problemløsning (8). En kartleggingssituasjon med ulike oppgaver kan avdekke vansker på disse områdene.

Gjennom observasjon i praktiske aktiviteter og bruk av tester kan ergoterapeuten danne seg et bilde av pasientens kognitive funksjon i akutt fase. Det er likevel begrenset hva som kan avdekkes gjennom en slik screening. For å få et så helhetlig bilde som mulig, må det i tillegg innhentes informasjon fra avdelingspersonalet og eventuelt pårørende. Spontan bedring kan skje, slik at de vanskene som ble avdekket på sykehuset, ikke alltid er like fremtredende når pasienten kommer hjem. Kjente omgivelser kan ha positiv effekt på funksjonsevnen.

### Hvorfor valgte vi de fire undersøkelsene?

De fire oppgavene som inngår i ErgUs, er mye brukte undersøkelser ved ergoterapiavdelingen, men tidligere brukt hver for seg. Testene benyttes også av ergoterapeuter ved flere andre akuttsykehus. Vår hensikt var å lage en kartleggingspakke som raskt kunne avdekke kognitive funksjonsvansker.

MMSE (4), TMT (5) og Klokketesten (6) er internasjonalt anerkjente og reliable tester.

Engstad, Viitanen og Almkvist (11) mener at det ikke er konsensus om hvilke nevropsykologiske tester som bør anvendes ved vaskulær kognitiv svikt. MMSE er ikke god nok til kartlegging av slagrelatert kognitiv svikt, mener de, men kan anbefales ved screening av global kognitiv funksjon. MMSE oppfattes som obligatorisk ved testing av kognitiv funksjon (11), og det har vært tradisjon for å bruke testen ved SIL. Legene ved sykehuset bruker testen selv og ber gjerne om en «MMS» ved behov for kognitiv vurdering av en pasient. Det at den er kjent, er en god grunn til å

inkludere MMSE i *ErgUs*. Alene gir ikke testen et tilstrekkelig bilde av kognitiv funksjon. Den er i utgangspunktet utarbeidet med tanke på demensutredning. Sammen med de andre testene kan MMSE bidra til å gi en bedre indikasjon på pasientens kognitive funksjon.

Siden mange pasienter kjører bil, kan TMT bidra til å avdekke svikt i kognitive funksjoner som er nødvendige ved bilkjøring. Det psykomotoriske tempoet er viktig med tanke på reaksjonsevne og konsentrasjon. Testen kan også være nyttig pedagogisk. Noen pasienter mangler selvsikt, og testen kan bidra til at innsikten bedres. Ved å spørre hvordan de syntes at de klarte oppgaven, får vi pasientens egenvurdering. Enkelte ganger innser pasienten at han/hun har vansker med for eksempel delt oppmerksomhet og forstår hvilke konsekvenser dette kan få i trafikken. TMT kan også gi et bilde av evnen til problemløsning ved at pasienten må finne tilbake til riktig sted i oppgaven ved feil.

Klokketesten er en mye brukt test som ofte brukes sammen med TMT. Begge disse testene kan avdekke svikt i abstrakt tenkning. Klokketesten kan avdekke vansker med å forholde seg til tidspunkt og beregning av tid. Mange pasienter kan oppgi riktig klokkeslett på egen klokke, men klarer ikke å plassere viserne riktig på papiret. Noen pasienter innser da at de har vansker med tidsbegrepet.

Wyller & Sveen (2002) (12) sier: *Fullstendig utredning av kognitive symptomer krever nevropsykologisk testing, men man kan få gode holdepunkter gjennom kvalifisert observasjon av pasienter, kombinert med enkle tester som lar seg implementere i vanlig klinisk praksis.*

I Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerne- slag (3) står det blant annet at MMSE, TMT og Klokketest inngår i kartleggingsverktøyet for testing av kognitiv funksjon. I tillegg til tidlig screening er det viktig å skape en god forståelse for nye begrensninger og gjenværende muligheter. Kognitiv funksjon er gunstig å observere i praktiske situasjoner fordi konsekven-

ser av kognitiv svikt da blir tydelig. Et poeng med *ErgUs* er at oppgavene skal være overlappende for bedre å kunne bekrefte eller avkrefte en type funksjonssvikt. Kaffetrakting ble valgt fordi de fleste kjenner aktiviteten, og den kan gjennomføres relativt raskt. Det er en aktivitet med flere deloppgaver, den krever organisering, og det er viktig at den utføres i riktig rekkefølge. Mengdeberegning (abstrakt tenkning) er nødvendig, og delene på kaffetrakteren må settes riktig på plass. Videre må pasienten bevege seg i rommet for å finne vann. Andre ADL-aktiviteter som morgenstell eller annen kjøkkenaktivitet ble vurdert. Kaffetrakting ble valgt fordi den er uavhengig av tidspunkt på dagen, og vi kan kontrollere betingelsene. En kaffetrakter med tilbehør kan plasseres på en tralle, og aktiviteten kan gjennomføres på et rom med tilgang på vann. En kopp kaffe er noe de fleste synes er greit å drikke uavhengig av tidspunktet på dagen.

Rekkefølgen av oppgavene er ikke tilfeldig valgt. Ved at vi starter med kaffetrakting, ufarliggjøres situasjonen, og vi blir litt kjent. MMSE og TMT er for de fleste de mest krevende testene, mens mange av pasientene mestrer klokkesten bra. Den kan derfor gi en god avslutning på undersøkelsen. Sammen med en praktisk oppgave har vi erfart at disse tre testene gir et tilstrekkelig førsteinntrykk. *ErgUs* er ikke rettet kun mot hjerneslagpasienter, men benyttes også overfor ulike pasientgrupper med mulig kognitiv svikt. På den måten vil *ErgUs* kunne fungere som en første screening av global kognitiv funksjon. Den er effektiv, og den kan avdekke vansker på mange områder på kort tid (tar cirka en time).

### Relevans for ergoterapeuter og betydning for fagutvikling og kvalitetssikring ved norske akuttpsykiatriske enheter

I Strategisk fokus med mål og handlingsplan 2010 - 2012 for Sykehuset Innlandet (SI) og Avdeling for Ergo-terapi og Fysioterapi Lillehammer (13), er blant annet følgende sukseskriterier for 2010 satt opp:

- *Systematisk og målrettet arbeid med implementering av kunnskapsbasert praksis, herunder arbeid med stan-*

Spørreskjema nr.: .....

Dato sendt:.....

Til kommuneergoterapeuten

For å hjelpe oss til å gi deg så nyttige rapporter som mulig, ber vi deg svare så godt du kan på spørsmålene under og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt så snart som mulig og innen 4 uker.

NB! Det er viktig at du svarer så godt du kan på alle spørsmålene.

1. I hvilken grad stemmer våre vurderinger med pasientens hovedproblem(er) i hverdagen? (Sett ring rundt tallet som stemmer best)

Stemmer ikke	1
Stemmer i noen grad	2
Stemmer i stor grad	3
Stemmer helt	4

2. Hvilke opplysninger var mest nyttig for deg i oppfølgingen?

3. Hva savnet du?

Tiltak igangsatt ..... dager etter mottatt ergoterapinotat.

Tusen takk for hjelpen!

Figur 2. Spørreskjemaet som ble sendt til kommuneergoterapeutene.

### Standardisering av behandlingsforløp.

*ErgUs* bygger på kunnskapsbasert praksis og består av en aktivitet og standardiserte tester valgt ut på bakgrunn av faglig erfaring. Evalueringen av *ErgUs* er gjennomført på en standardisert og systematisk måte.

- *Etablering av forbedret samhandling mellom Sykehuset Innlandet og primærhelsetjenesten, og mellom de ulike sykehusene i helseforetaket, det vil si en forsterket «Innlandsmodell».*

Ergoterapeuter i primærhelsetjenesten har vært delaktige i evalueringen av *ErgUs*, og ergoterapeutene ved de andre akuttpsykiatriske enhetene i SI er samarbeidspartnere i den videre utviklingen av *ErgUs*.

### Metode

Evalueringen av *ErgUs* ble gjennomført som en spørreundersøkelse. For å få svar på vår problemstilling, spurte vi kommuneergoterapeutene som følger opp pasientene når de kommer hjem. Kommuneergoterapeutene ble informert om prosjektet skriftlig, samt via et informasjonsmøte. Det ble utarbeidet et spørreskjema som ble sendt kommuneergoterapeutene sam-

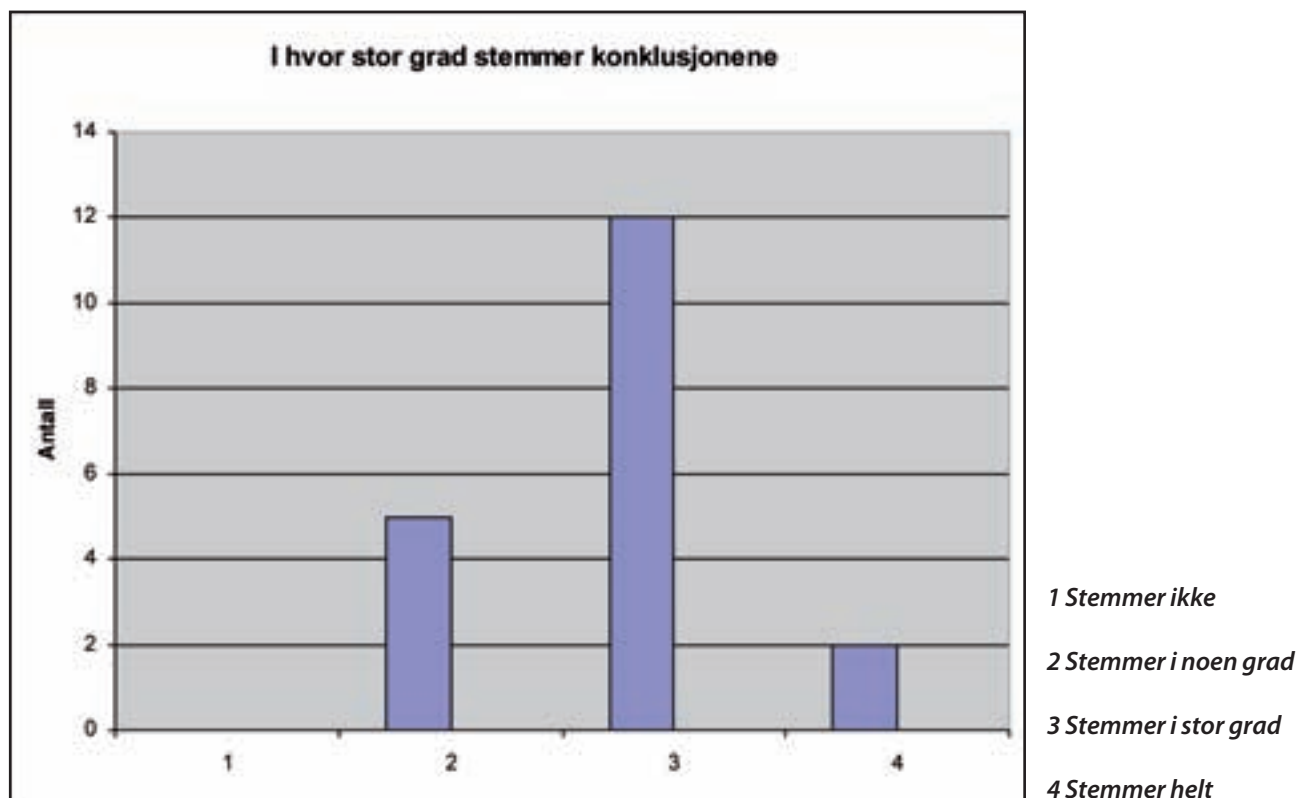
men med ergoterapirapporten. En rapportmal kvalitetssikret samsvar i beskrivelse av utfall og mulige funksjonsvansker. Spørreskjemaet bestod av tre spørsmål (Figur 2). En referansegruppe gjennomgikk og kvalitetssikret dokumentene.

### Pasientgrunnet

Pasienter som ble inkludert i prosjektet, var pasienter som ble henvist til ergoterapeut for vurdering av kognitiv funksjon (uavhengig av diagnose), hadde kort liggetid, og ble utskrevet direkte til hjemmet med behov for oppfølging av ergoterapeut. De var innlagt ved nevrologisk avdeling eller medisinsk avdeling (inkludert slagenhet). Pasientene var oppegående eller satt i rullestol, slik at de med følge kunne komme til ergoterapiavdelingen. Pasienter som skulle videre til rehabiliteringsopphold, ble ekskludert. I tillegg ble pasienter som ikke hadde behov for oppfølging, ekskludert.

### Gjennomføring

Prosjektperioden startet i januar 2009. Hver gang *ErgUs* ble gjennomført på en pasient som hadde behov for oppfølging av ergoterapeut hjemme,



Figur 3. I hvor stor grad stemmer våre vurderinger?

ble det innhentet samtykke fra pasienten til at rapporten kunne sendes til kommuneergoterapeuten. Spørreskjemaet, som ble fortløpende nummerert, ble sendt ut sammen med rapporten. Kopi av rapport, med samme nummer, ble oppbevart i arkivet. Dette ble gjort for å koble svarene som kom i retur opp mot vurderingen som var foretatt. Ved utsending av rapport og spørreskjema ble navn på ergoterapeuten og kommunen samt dato for utsending registrert. På den måten hadde vi oversikt over hvem som hadde fått spørreskjema, og når de ble sendt. Underveis i prosjektperioden sendte vi ut invitasjon til ergoterapeutene til et møte for utfyllende kommentarer og tilbakemeldinger. Påminnelser om å returnere spørreskjemaet ble gjort jevnlig via e-post. Det var satt en tidsfrist for å returnere spørreskjemaene. Denne måtte justeres underveis, fordi flere ergoterapeuter hadde ventelister.

### Resultater

Evaluering av spørreundersøkelsen ble foretatt ved utgangen av 2009. Da var 27 utfylte spørreskjemaer av i alt 38 kommet i retur. Grunnlaget var litt i

underkant av det vi hadde regnet med (30 - 50 svar). Siden svarene i stor grad var entydige, mente vi at antallet var tilstrekkelig.

I alt 60 pasienter gjennomførte *ErgUs* i løpet av 2009 (circa 10 prosent av alle henviste pasienter). Hos 22 pasienter ble det ikke avdekket kognitiv svikt, og disse ble ikke fulgt opp av ergoterapeut hjemme. Hos 38 pasienter ble det avdekket ulik grad av kognitiv svikt. Dette var pasienter med mistanke om TIA, hjerneslag, Parkinsons sykdom, demens og pasienter med hjernetumor. I alt 27 svar kom i retur. Dette gav en svarprosent på vel 70 prosent. Tolv ergoterapeuter svarte at våre vurderinger og konklusjoner i stor grad stemte med hvordan de opplevde pasienten i hjemmesituasjonen, fem svarte at de i noen grad stemte, og to at konklusjonene stemte helt. Åtte ergoterapeuter svarte ikke på spørsmålet (Figur 3).

Tilbakemeldinger fra ergoterapeutene var at vurderingene i stor grad «traff» med hensyn til hvordan pasienten fungerte hjemme. De mente at *ErgUs* kunne egne seg for pasienter med lettere hjerneslag, Parkinsons sykdom og MS. Kartleggingen ga et

realistisk bilde av pasienten, mente de fleste, og *ErgUs* kunne være et utgangspunkt å bygge videre på. *ErgUs* bidro både til å avkrefte mistanke om kognitiv svikt og til å bekrefte kognitiv svikt. Flere ergoterapeuter mente at prosjektet i seg selv hadde bidratt til å øke deres bevissthet rundt kognitive vansker og konsekvenser for den enkelte pasient i hverdagen. I de tilfellene hvor ergoterapeuten ikke svarte på det første spørsmålet, ønsket ikke pasienten videre oppfølging av ergoterapeut hjemme.

Kommuneergoterapeutene spurte om gjennomføringen av *ErgUs* i noen tilfeller kunne være en belastning for pasienten. Til det svarte en av ergoterapeutene ved sykehuset at pasienter må gjennom mange undersøkelser som kan være en belastning. Pasientene ble alltid forklart hvorfor undersøkelsen ble gjort, og at det var på bakgrunn av henvisning fra lege. Det ble også sagt at det var en vanlig ergoterapiundersøkelse som ble utført på mange pasienter. En del pasienter syntes det var interessant å gjennomføre oppgavene. De tok oppgavene som en utfordring og følte at de ble tatt på alvor. I noen få tilfeller ble

kartleggingen avbrutt. Dette skyldtes enten at pasienten ikke orket, eller at ergoterapeuten vurderte at det var uetisk å fortsette fordi pasienten var for dårlig.

I sine tilbakemeldinger savnet noen kommuneergoterapeuter mer informasjon til pasient og pårørende om kognitiv svikt. I dag skjer informasjonen muntlig på møter hvor pasient og pårørende er til stede før utskrivning fra sykehuset. Det viser seg at lite av informasjonen huskes når de kommer hjem. Det ble også etterlyst tverrfaglige rapporter. Ved sykehuset skrives tverrfaglige rapporter på pasienter i slagenheten. I dette prosjektet ble *ErgUs* kun benyttet på pasienter som var innlagt kort tid for vurdering og utskrevet til hjemmet. I disse tilfellene ble det ikke skrevet tverrfaglig rapport.

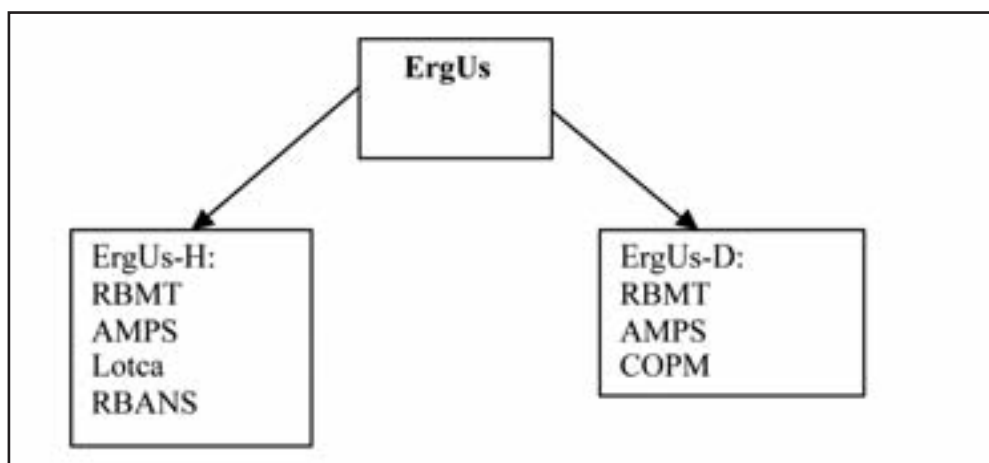
Selv om antall svar er begrenset (n=27), er svarene relativt entydige. *ErgUs*:

- gir et realistisk bilde av pasienten
- kan brukes som første screening av pasienter med mistanke om kognitiv svikt
- er et utgangspunkt å bygge videre på.

### Videreføring av prosjektet

Ved SIL fikk leger og sykepleiere ved aktuelle avdelinger undervisning og informasjon om *ErgUs*. Etter hvert har legene i sin henvisning begynt å be om en «*ErgUs*» på pasienter som de ønsker kognitivt vurdert. Fra 2010 er *ErgUs* blitt kartleggingsverktøyet som benyttes som en første screening på pasienter med mistanke om kognitiv svikt. En brosjyre med informasjon om konsekvenser ved hjerneskade og kognitiv svikt er utarbeidet. Pasient og pårørende vil nå få denne med seg hjem.

Ergoterapeutene ved de andre akuttsykehusene i SI ble, etter avsluttet evaluering, invitert til drøfting av muligheten for å benytte *ErgUs* som et felles kartleggingsverktøy i SI. Ergoterapeutene prøvde ut *ErgUs* i en periode og kom med sin evaluering. Ergoterapeutene mente at *ErgUs* var en god idé som standardisert kartleggingsverktøy, og at prosedyren var grei å følge. Noen mente imidlertid at



Figur 4. Figuren viser hvordan en påbygging med andre typer undersøkelser kan gjøres, avhengig av hvilke funksjonsvansker pasienten har.

ikke alle oppgavene i *ErgUs* passet for alle pasientene med kognitive vansker. Det virket «feil» å bruke MMSE på godt fungerende pasienter. Enkelte pasienter hadde uttalt kommentarer som «Skal du teste meg?» eller «sjekke hue?» En gradering av oppgavene er en bedre løsning, mente noen, som for eksempel bruk av AMPS.

Ved Revmatismesykehuset på Lillehammer hadde ergoterapeutene liten erfaring i å teste pasientene kognitivt. Utprøvingen av *ErgUs* viste at kartleggingen kunne være bra som screening av pasienter som de «var litt usikre på».

Det har meldt seg et behov for å videreutvikle *ErgUs* i forhold til spesifikke pasientgrupper. Dette er pasienter med hjerneslag og afasi og pasienter med mistanke om demens. Det var enighet i gruppen om å bruke *ErgUs* som et felles kartleggingsverktøy for pasienter med diffuse kognitive vansker. Ved behov for ytterligere undersøkelser kan *ErgUs* suppleres med andre tester/undersøkelser - /observasjoner i praktiske oppgaver (Figur 4). AMPS er aktuell som praktisk oppgave med mulighet for gradering, og med tanke på afasipasienter. Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) er aktuell som tilleggstest ved hukommelsesvansker. Intervju/ - samtale om pasientens daglige situasjon (helst sammen med pårørende) er alltid en naturlig del av kartleggingen.

*ErgUs-H* (for hjerneslagpasienter): Ergoterapeutene i SI som primært

jobber med slagpasienter, arbeider med å sette sammen en *ErgUs-H* for slagpasienter. Den inneholder kaffe-traktning eller annen praktisk aktivitet. Supplerende undersøkelser utover *ErgUs* kan være RBMT, AMPS, LOTCA og RBANS. Det må dessuten jobbes videre med praktiske oppgaver som egner seg for pasienter med afasi. Forslagene til tester som er beskrevet i de nasjonale retningslinjene, vurderes også i dette arbeidet.

*ErgUs-D* (for pasienter med mistanke om demens): Ved henvisning av pasienter med mistanke om demens benyttes *ErgUs*, men da ofte i kombinasjon med andre typer tester/oppgaver. Ergoterapeutene som jobber spesielt med denne typen pasienter, jobber med å utvikle *ErgUs-D*. I tillegg til RBMT brukes deler av materiell (Ullevål afasi screening) som logoped ved SIL bruker. Undersøkelser som brukes ved hukommelsesklinikker, kan også brukes ut fra et ergoterapeutisk ståsted. For denne gruppen pasienter er det i tillegg nødvendig med samtaler/intervju med pårørende/komparent. COPM kan være aktuell å bruke.

*ErgUs-H* og *ErgUs-D* er under utarbeiding og er ikke evaluert.

### Drøfting

Evalueringen viste at *ErgUs* er egnet som kartleggingsverktøy i forhold til pasienter med mistanke om kognitiv svikt. Den er derimot ikke egnet for pasienter med afasi, og foreløpig ikke for fremmedspråklige. Testene finnes



En av kjøkkenaktivitetene i ErgUs er kaffetrakting.

imidlertid på engelsk slik at det ikke vil være noe problem å gjennomføre ErgUs på engelsk. Det har i et par tilfeller vært benyttet tolk. Da har vi imidlertid mindre kontroll. Siden undersøkelsen synes å gi et realistisk bilde av pasienten, har vi valgt å beholde innholdet i ErgUs. Vi har imidlertid sett behov for å supplere ErgUs med flere undersøkelser, som for eksempel ved hjerneslag og ved mistanke om demens.

ErgUs kartlegger global kognitiv funksjon. For en del pasienter gir denne screeningen et tilstrekkelig bilde av pasientens kognitive funksjon. I noen tilfeller er det nødvendig å supplere med andre aktiviteter og/eller tester som nevnt over. I andre tilfeller er det nødvendig å henvise pasienten til nevropsykolog eller søke dem til et vurderingsopphold ved rehabiliteringsinstitusjon/hukommelsesklinikk. Blant pasientene som gjennomførte ErgUs, ble det hos 22 pasienter ikke avdekket kognitiv svikt. Dette kan skyldes at pasienten ikke hadde kognitiv svikt, eller at ErgUs var for lite sensitiv. Ved mistan-

ke om at det likevel kan være kognitiv svikt, må derfor ytterligere undersøkelser foretas. I noen tilfeller kan det virke unødvendig å bruke ErgUs, men samtidig kan ErgUs bidra til å avkrefte en mistanke. Mange pasienter som henvises til kognitiv vurdering, legges inn den ene dagen og skrives ut den neste. I disse tilfellene er ErgUs svært effektivt å bruke. ErgUs har vist seg å være unik på flere måter. For det første er sammensetningen med en praktisk oppgave og testene god ved at de ulike

oppgavene overlapper hverandre, og på den måten gir sikrere indikasjoner. For det andre avdekker den praktiske oppgaven konsekvensene av eventuell kognitiv svikt i praksis. For det tredje gjøres en formell situasjon «ufarlig» ved det å lage kaffe. For det fjerde er rekkefølgen i undersøkelsen ikke tilfeldig. Pasienten starter med å lage kaffe, og mens kaffen traktes, gjennomføres neste oppgave. Pasienten blir på forhånd bedt om å servere kaffen når første oppgave er gjennomført, og før vi går videre. Det blir en pause, men pasienten må være konsentrert og oppmerksom. Undersøkelsen avsluttes med en oppgave som de fleste mestrer. Dette kan virke positivt på pasientens mestringsfølelse. Til slutt bes pasienten om å vurdere egen innsats. Her får vi vite noe om pasientens innsikt i egen situasjon. Gjennomføringen av alle oppgavene tar ca. en time, og pasientens utholdenhet/mangel på utholdenhet er en viktig observasjon.

Ved å involvere ergoterapeutene ved de andre akuttpsykehusene i SI, fikk vi undersøkt om ErgUs kunne

være et aktuelt verktøy også for dem. Det viste seg at alle brukte forskjellige praktiske observasjoner og tester for å undersøke kognitiv funksjon hos pasientene. Det var derfor enighet om at behovet for et felles kartleggingsverktøy var tilstede, men noen var skeptiske til å bruke MMSE. Dette kan skyldes at testen ble laget med tanke på demensutredning, og kan oppfattes som uegnet for slagpasienter. Flere hadde heller ikke tradisjon for å bruke denne testen. Det vil alltid være ulike synspunkter ved bruk av tester. Ved SIL er MMSE godt innarbeidet hos ergoterapeutene og hos legene. Ulempen er at den kan oppfattes negativt av noen pasienter. Det er derfor ekstra viktig at vi som ergoterapeuter er trygge på å bruke MMSE, og at vi forklarer pasientene hvorfor vi bruker den. TMT og Klokketesten er det mer vanlig for ergoterapeutene å bruke sammen med andre tester og i kombinasjon med praktisk observasjon.

Henvisningsmengden for vurdering av kognitiv svikt øker, og liggetiden ved sykehusene går ned. Siden ErgUs alene ikke er tilstrekkelig for alle pasientgrupper med kognitiv svikt, er det viktig å jobbe videre med ErgUs-H og ErgUs-D. Samarbeidet om å utvikle ErgUs-H og ErgUs-D på tvers av sykehusene i SI vil gjøre at ergoterapeutene ved alle sykehusene får et eierforhold til disse undersøkelsene. På denne måten kan ErgUs bidra til et felles utgangspunkt for å undersøke kognitiv funksjon av pasienter ved akuttpsykehusene i SI. Noen pasienter med mistanke om demens henvises også poliklinisk, og det er da ekstra viktig å kunne gjennomføre undersøkelser så effektivt som mulig. Vi har sett nytten av å samarbeide med andre ergoterapeuter som jobber med samme pasientgrupper. Sammen kan vi sikre at kvaliteten på det vi gjør, er bra.

## Oppsummering

Prosjektet har gitt ergoterapienheten ved SIL et faglig løft. Alle ergoterapeutene har deltatt i større eller mindre grad, og vi har hatt mange gode faglige diskusjoner underveis. Vi er en liten enhet med fem ansatte. Ved hjelp av en felles prosedyre har vi hatt

samme tilnærming å diskutere ut fra. Ved en nærmere gjennomgang av aktivitetene og testene, hensikt og metode, har vi sett at det er nyttig å få andres erfaringer og synspunkter. Prosjektet har vært både faglig og personlig utviklende. Vi har oppnådd å kvalitetssikre tilbudet til pasientene, utarbeide tydeligere og bedre rapporter til samarbeidspartnere, og ikke minst føler vi oss tryggere på at det vi gjør, er av faglig god kvalitet. Vi har fått anerkjennelse fra kolleger og andre samarbeidspartnere i sykehuset og fra kommunehelsetjenesten. Dette gir oss motivasjon til å jobbe videre med fagutvikling og «hverdagsforskning». Prosjektet har fått ringvirkninger innad på sykehuset og utad til våre samarbeidspartnere ved de andre akuttsykehusene i SI. Prosjektet er presentert ved Ergoterapikongressen i Bergen i 2009 og ved Forskningskonferansen på Honne, Biri, i 2010.

#### Takk til:

Kommuneergoterapeuter i Hedmark

og Oppland for nyttige innspill, Jon Elling Whist, forskningsrådgiver ved SIL, for nyttige råd i prosjektperioden; Den norske legeforening for finansiering og Unni Sveen, PhD/ergoterapeut, for veiledning og nyttige innspill til manuskriptet. □

#### Referanser

1. Fure B. Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag. Demens og Alderspsykiatri, 2008; vol.12– nr. 4.
2. Statistisk sentralbyrå 2010.
3. Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688, Helsedirektoratet 2010.
4. Strobel C. & Engedal K. Mini mental status evaluering. Revidert norsk versjon, 2008.
5. Spreen & Strauss. Trail Making Test, Oversatt av Kolbjørn S. Brønnick, 1998.
6. Shulman. Klokketest. Modifisert og revidert utgave, 2008.
7. Finset A. Hodeskade: Virkninger og behandling av ulike typer hodeskade. Cappelen, Oslo, 1990.
8. Malia K. & Brannagan A. Brain Tree Training, Neurological training for carers and professionals, 2006. Rehabilitering av kognitive funksjoner, Kurspresentasjon av Ninkov J., Ottestad september 2009.
9. Dalen Bergersen T. & Sareneva E.M. Verdt å vite om hjernen. Undervisning ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad 2008-2009.
10. Malia K. og Brannagan A. Brain Tree Training, Neurological training for carers and professionals, 2006. Modell for behandling av kognisjon. Oversatt ved Bohlander F., Flugstad M., Gosvik H., Taverne M., 2009.
11. Engstad T., Viitanen M. & Almkvist O. Kognitiv svikt etter hjerneslag – diagnostikk og håndtering, Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 10/2007.
12. Wyller T.B. & Sveen U. Ikke-språklige kognitive symptomer etter hjerneslag. Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 6/2002.
13. Strategisk fokus med mål og handlingsplan 2010-2012 for Sykehuset Innlandet og Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi Lillehammer.

# Annonse

## cresco