

Kartlegging av apraksi etter hjerneslag

- VEIEN TIL EN KUNNSKAPSBASERT TILNÆRMING I PRAKSIS

Av Nina Stensby Søhol



Nina Stensby Søhol er spesialergoterapeut ved Vestre Viken HF/ Bærum Sykehus. E-post: nina.stensby.sohol@vestreviken.no.

Sammendrag

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler at pasienter som har vansker med å bruke vanlige redskaper og å utføre daglige aktiviteter blir vurdert med tanke på apraksi. Det anbefales ingen konkret metode for kartlegging. Ved mitt arbeidssted, avdeling for geriatri, slag og rehabilitering ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus, mangler vi retningslinjer for kartlegging av apraksi. Det foreligger retningslinjer for bruk av noen bordtester ved kognitiv kartlegging. Erfaring viser at bordtestene ikke er gode på å fange opp apraksi. For at vi skal være sikre på at apraksi fanges opp, blir det utarbeidet en kunnskapsbasert fagprosedyre for kartlegging av apraksi etter hjerneslag. Denne måten å arbeide systematisk og kunnskapsbasert på kan øke kvaliteten på ergoterapitjenesten. Utarbeidelsen av fagprosedyren ved bruk av kunnskapsbasert praksis (KBP) var litteratursøk, kvalitative forskningsintervju og relevant teori. Arbeidsstedets kunnskapsbaserte fagprosedyre vil beskrive at vi alltid bør benytte Apraksitest i tillegg til observasjon av aktiviteter i dagliglivet (ADL) ved hjerneslag i venstre hemisfære. Ved mistanke om apraksi ved hjerneslag i høyre hemisfære bør fagprosedyren også benyttes. Det er mulig å benytte både The Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) og ADL-observasjoner i ADL. Fagprosedyrens kartleggingsredskaper er valide og reliable, ser på ideomotorisk og ideasjonell apraksi (Apraksitest), og på konsekvensene i aktivitetsutførelsen (kartlegging i ADL). Dersom ADL-observasjoner implementeres i klinikken, er det ønskelig å samarbeide med oppfølgende instanser om ADL-observasjoner, som gir forslag til intervensjon basert på strategitrening. Intervensjonsmetoden støttes også av Helsedirektoratets «Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag».

Søkeord: ergoterapi, apraksi, hjerneslag, kartlegging, kunnskapsbasert praksis

Det er ingen iinteressekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Innledning

Om lag 13 000 får et akutt hjerneslag hvert år (Folkehelseinstituttet, udatert). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler at pasienter som har vansker med å bruke vanlige redskaper og å utføre daglige aktiviteter blir vurdert med tanke på apraksi. Det anbefales ingen konkret metode for kartlegging.

Apraksi defineres av Helsedirektoratet (2010, s. 125) som: «svikt i utføring av viljestyrte, målrettede handlinger som ikke kan tilskrives pareser, sensibilitetstap, koordinasjonsforstyrrelser eller tilstander i bevegelsesapparatet. Pasienten har gjerne problemer med rekkefølgen eller utvelgelsen av delprosessene i en sammensatt motorisk sekvens, har tendens til perseverasjon (stereotyp gjentakelse av en enkelt bevegelse), og vansker med å bruke redskaper.»

Heugten van & Geusgens (2009) beskriver to typer apraksi:

- Ideomotorisk apraksi: «En tilstand som påvirker implementeringen av målbevisste og meningsfulle oppgaver. Personen vet hva han skal gjøre, men ikke hvordan».
- Ideasjonell apraksi: «Manglende evne til å mentalt formulere prosessen ved utførelse av en handling. Personen vet ikke hva han skal gjøre, fordi ideen eller konseptet om den motoriske handlingen mangler».

En intensjon med Samhandlingsreformen (St. meld. Nr. 47 (2008-2009), 2009), er å yte bedre kvalitet, møte pasientene på en bedre måte og gi koordinerte tjenester. Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011) og

Samhandlingsreformen beskriver at større fokus på kunnskapsbasert praksis (KBP) og utarbeidelse av retningslinjer og fagprosedyrer skal bidra til å endre praksis i tjenesten. Dette kan igjen bidra til å nå Folkehelselovens (2011) mål om reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen, deriblant best mulig livskvalitet etter hjerneslaget.

Ved mitt arbeidssted, avdeling for geriatri, slag og rehabilitering ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus, tilbys avansert utredning, diagnostikk og behandling til pasienter med akutt hjerneslag og symptomer på hjerneslag. Hovedmålet for ergoterapien ved arbeidsstedet er tidlig utredning av hvordan hjerneslaget påvirker pasienten i aktiviteter i dagliglivet (ADL). Hovedoppgavene er observasjon av kroppsfunksjoner og kognitiv funksjon gjennom samtale, standardiserte bordtester og ADL. Fagprosedyrer og retningslinjer er dokumentert i sykehusets elektroniske kvalitets- håndbok (e-håndbok), i tillegg til hele helseforetakets behandlinglinje for hjerneslag. I behandlinglinjen ligger blant annet en retningslinje om kartlegging av kognitiv funksjon. Bordtestene som skal benyttes når det er mulig er Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Strobel & Engedal, 2008), Klokketest (Shulman, 2000) og Trail Making Test A og B (TMT A/B) (Reitan & Wolfson, 1985). Retningslinjen anbefaler i tillegg kartlegging i ADL og foreslår Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher, 2003) som dokumentasjonsverktøy. Andre dokumentasjonsverktøy som kan benyttes i ADL, er: Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitets-

analysesystem (EVA) (Ellingham, Clark, Jespersen & Annerløv, 2012) og The Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP) (Chapparo & Ranka, 2006). Bordtestene kartlegger kognitiv funksjon, men ikke spesifikt apraksi. Ved god skår på bordtestene kartlegger vi oftest ikke i aktivitet, noe vi ser er en svakhet. Egne erfaringer viser at pasienter kan ha normal skår på skrivebordstester og likevel ha aktivitetsvansker, som apraksi.

Ved Vestre Viken HF/Bærum Sykehus ønsker vi å sikre at pasientene blir vurdert med tanke på apraksi. Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan en kan utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre for kartlegging av apraksi.

Metode

Utarbeidelse av fagprosedyren ved bruk av KBP var litteratursøk, kvalitative forskningsintervjuer og relevant teori.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring, og pasientens ønsker og behov i en gitt kontekst (Høgskolen i Bergen, 2012.; Fawcett, 2007). Bruk av KBP kan blant annet redusere variasjon i yrkesutøvelse og forbedre behandling av pasienter (Fawcett, 2007), fordi man øker bevisstheten om og refleksjonen over hvilke kunnskapskilder man baserer sine handlinger på (Høgskolen i Bergen, 2012) (figur 1).

Kunnskapen vi henter fra ulike kilder har styrker og svakheter, og derfor er det viktig og undersøke på flere måter at behandlingen er den rette i aktuell kontekst (Høgskolen i Bergen, 2012).

LITTERATURSØK

Først ble det foretatt et Google-søk og søk i Helsebibliotekets oversikt over retningslinjer og fagprosedyrer for å undersøke om andre i Norge har laget tilgjengelige retningslinjer/fagprosedyrer for kartlegging av apraksi. Helsebiblioteket (udatert) hadde tilgjengeliggjort en fagprosedyre laget av Haukeland Universitetssykehus, «Kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære». Deretter ble det foretatt litteratursøk med søkeordene stroke, assessment, apraxia, acute phase og occupational therapy i databasene PubMed Central, MEDLINE, CochraneLibrary og OTseeker. Det ble funnet to studier som omhandlet kartlegging av apraksi: Dovern, Fink & Weiss (2012) og Hansen, Steultjens & Satink (2009).

SEMISTRUKTURERTE INTERVJUER

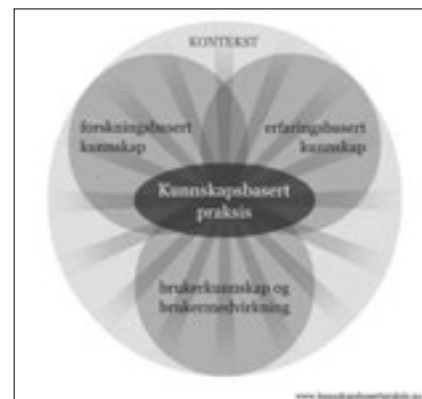
Deretter ble det foretatt kvalitative forskningsintervjuer som en del av prosessen i KBP for å forstå informantens egne perspektiver på sine arbeidsmetoder (Høgskolen i Bergen, 2012). Det ble gjort et strategisk valg av fire forespurte ergoterapeuter ved akutt slagenhet ved fire akuttstusykehus spredt i Norge. Det var ønskelig å få informasjon om arbeidsmetoder rundt kartlegging av apraksi etter hjerneslag, representert gjennom fire ulike helseforetak spredt i Norge.

Alle forespurte takket ja til intervjuet. Informantene fikk skriftlig informasjon om formålet med intervjuet, anonymisering og taushetsplikt gjennom et samtykkeerklæringsskjema som de undertegnet før intervju. Lydopptak ble tatt av intervjuene gjennom Skype/PC, og filene ble slettet etter en avtalt frist.

Fokusert semistrukturert intervju med bruk av intervjuguide ble benyttet. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om blant annet hvilke kartleggingsredskaper/metoder som benyttes for kartlegging av apraksi, i hvilken grad metoden avdekker apraksi, fordeler/ulempene med metoden/redskapene, om metoden/redskapene anbefales, ønsker om å benytte andre metoder, og informantens mening om viktigheten av å avdekke apraksi. Intervjuene ble transkribert, og deretter ble det foretatt en innholdsanalyse der informantens svar ble knyttet til temaene fra intervjuguide (tematisering). Det ble også laget en tabell som oppsummerte hvilke redskaper/metoder informantene benyttet og anbefalte (se Tabell 1). Til slutt ble det laget en sammenfattende beskrivelse av hvert intervju på bakgrunn av innholdsanalysen.

BESKRIVELSE AV INTERVJUENE

Informant 1: Informanten anbefaler ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline og Apraksitest av Heugten van & Geusgens for å kartlegge apraksi. Ved skade i venstre hemisfære benytter informanten alltid disse testene. Informanten mener det er viktig å avdekke apraksi, og at kombinasjonen av nevnte redskaper sikrer dette i tillegg til et helhetlig bilde av vanskene. Informanten mener at ADL-observasjoner er utviklet spesielt med tanke på apraksi, og at skåring av hjelpebehov i aktiviteten forenkler standardiseringen av kartleggingen. Videre sier informanten at resultatene gir videre stikkord for intervensjon basert på strategitrening, og resultatene er lette å formidle til tverrfaglig team



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis.

og oppfølgende instans. Informanten sier at Apraksitest krever lite utstyr, er rask å utføre og krever ingen sertifisering. Videre mener informanten at ulempene ved Apraksitest er at den ikke er oversatt til norsk, kun en lokal oversettelse fra Helsebiblioteket (udatert). Det foregår arbeid med å godkjenne den norske versjonen. Informanten benytter også Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA), men sier den ikke kartlegger apraksi så godt som ovennevnte redskaper. AMPS eller PRPP benyttes som tilleggsverktøy.

Informant 2: Ved mistanke om apraksi benytter informanten ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline, i tillegg til ustrukturerte ADL-observasjoner. Ved behov benytter informanten MMSE-NR og/eller deler av TRANDEX. Informanten har erfart at TRANDEX er bedre enn MMSE-NR for å kartlegge apraksi. Informanten har mye arbeidserfaring, følger ikke et slavisk opplegg, men benytter hele eller deler av redskapene for en best mulig kartlegging av pasientens utfall og funksjonsnivå. Informanten erfarer at apraksi ikke alltid avdekkes i skrivebordstester, og at mye klinisk erfaring gjør det lettere å kartlegge apraksi. Infor-

Kartleggingsredskaper benyttet av informantene, samt hvilke de anbefaler for kartlegging av apraksi:		
Kartleggingsredskaper:	Benyttes av:	Anbefales av:
ADL-observasjoner	Informant 1, Informant 2	Informant 1, Informant 2
Apraksitest	Informant 1	Informant 1
LOTCA	Informant 1, Informant 4	Informant 4
PRPP	Informant 1	
MMSE-NR	Informant 2, Informant 3, Informant 4	Informant 3
TRANDEX	Informant 2	
Klokketest	Informant 3	Informant 3
TMT-A/B	Informant 3	Informant 3
Ustrukturert aktivitetsobservasjon	Informant 2, Informant 3, Informant 4	Informant 3, Informant 4
AMPS	Informant 1	

Tabell 1 viser hvilke kartleggingsredskaper informantene benytter, og hvilke de anbefaler for kartlegging av apraksi.

manten anbefaler ADL-observasjoner for å finne riktig hjelpenivå, og for overføring av intervensjon til oppfølgende instans.

Informant 3: Informanten mener det ikke avhenger av faggruppe om apraksi fanges opp, men av relevant arbeidserfaring. Informanten anbefaler en kombinasjon av bordtestene MMSE-NR, Klokketest og TMT-A/B, i tillegg til observasjon i aktivitet. Noen av ergoterapeutene kan benytte AMPS og Arnadottir OT-ADL-Nevrobehavioral Evaluation (A-ONE), men oftest benyttes ustrukturerte ADL-observasjoner. Informanten er positiv til standardiserte tester, da de gir tydelige funn og man jobber kunnskapsbasert. Arbeidsmetodene fungerer godt, og informanten tror ikke de unngår å fange opp apraksi. Dette er ikke etterprøvd/kontrollert.

Informant 4: Informanten benytter ustrukturerte ADL-observasjoner og LOTCA for å kartlegge apraksi. Informanten anbefaler redskapene/metodene, men savner en mer standardisert test i ADL. Noen har kurs i PRPP og AMPS, som de ikke benytter, noe informanten antar er på grunn

av tidspress. MMSE-NR benyttes, men ikke for å kartlegge apraksi, da redskapet ikke er utviklet for hjerneslag. Informanten mener erfaring har mye å si for om man fanger opp apraksi, ikke bare fagprofesjonen. Informanten mener de som regel ser om det er apraksi, men er ikke sikker på om de alltid avdekker det.

METODEKRITIKK

Primærkilder er fortrinnsvis forsøkt benyttet. Dette for å unngå å arve andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2012). Flere søkeord ved litteratursøk kunne ha gitt flere treff, og et større omfang av informanter kunne ha undersøkt ytterligere og eventuelt fanget opp andre metoder som benyttes i Norge. Prosjektet ble ikke meldt til personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og burde vært meldt grunnet behandling av personopplysninger (intervju). Prosjektet er meldt til NSD i etterkant, og de bekrefter at prosjektet ser ut til å ha vært gjennomført på en god måte og i tråd med personopplysningslovens øvrige bestemmelser.

Det er ingen personopplysninger som lenger behandles i prosjektet.

Resultater

LITTERATURSØK

Ved søk i Helsebibliotekets nettsider finner jeg en fagprosedyre for kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære (Helsebiblioteket, udatert). Fagprosedyren anbefaler å benytte Apraksitest av van Heugten & Geusgens som en kort screeningtest og ADL-observasjoner for å avdekke hvilken betydning apraksi har for aktivitetsutførelsen (Helsebiblioteket, udatert). Gjennom litteratursøket finner jeg en artikkel som validerer den danske oversettelsen av ADL-observasjoner (Hansen et al., 2009).

Litteratursøket fremviser også en systematisk oversikt over flere randomiserte studier om kartlegging og intervensjon ved apraksi (Dovern et al., 2012). For kartlegging av apraksi anbefaler Dovern et al. Cologne Apraxia Screening (CAS) som en kort screeningtest og Apraxia Screening of TULIA (TULIA) som en mer omfattende apraksitest. Videre sier Dovern et al. at de anbefalte testene ikke

undersøker reell bruk av objekter (ideasjonell apraksi). Av den grunn anbefaler de også å benytte deler av apraksitest av De Renzi et al.

INTERVJUER

Anbefalte kartleggingsredskaper fra intervjuene fremvises i Tabell 1.

Videre vil jeg beskrive kartleggingsredskapene som anbefales av Dovert et al. (2012), Helsebiblioteket (udatert) og informantene. I tillegg beskriver jeg to redskaper (PRPP og AMPS) som jeg innledningsvis nevner at mitt arbeidssted kan benytte.

Kartleggingsredskaper

Apraksitest av De Renzi et al:

Dovert et al. beskriver testen som en 15 minutters screeningtest, som kartlegger apraksi gjennom reell bruk av gjenstander og imitering av meningsfulle gester demonstrert av testleder (for eksempel: vinke adjø). Videre nevner Dovert et al. at dens psykometriske verdier ikke er godt nok dokumentert, og derfor anbefales den ikke alene.

Apraxia Screen of TULIA (TULIA), og Apraxia Screen of TULIA

(AST): TULIA er en omfattende apraksitest bestående av 48 oppgaver (Dovert et al., 2012; Vanbellingen, Kersten, Van de Winkel, Bellion, Baronti, Müri, Bohlhalter, 2011). Vanbellingen et al. har også laget en kortere screeningtest basert på TULIA, kalt AST. Den inneholder tolv av TULIAS oppgaver. AST og TULIA undersøker ideomotorisk apraksi, men ikke ideasjonell apraksi gjennom reell bruk av objekter (Vanbellingen et al., 2011). Dovert et al. og Vanbellingen et al. skriver at TULIA og AST er vurdert å være valide og reliable.

Cologne apraxia screening

(CAS): CAS er en ti-minutters screeningtest fra Nederland som inneholder 20 oppgaver (Dovert et al., 2012). Videre beskriver Dovert et al. at CAS kartlegger apraksi gjennom at pasienten skal mime bruk av redskaper (transitive gester) og imitere abstrakte og symbolske gester (intransitive). Slik jeg forstår det, kartlegger den både ideomotorisk og ideasjonell apraksi. Dovert et al. skriver at dens psykometriske egenskaper, som reliabilitet og validitet, er høye. Testen er ikke funnet i engelsk eller norsk versjon.

Apraksitest av van Heugten & Geusgens (Apraksitest):

Apraksitest er en ti minutters screeningtest utviklet på bakgrunn av apraksitesten av De Renzi et al (Heugten van, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris & Kinebanian, 1999a.; Helsebiblioteket, udatert). Testen undersøker i tillegg til ideomotorisk apraksi også ideasjonell apraksi ved reell bruk av redskaper (Heugten van et al., 1999a). Heugten van et al. (1999a) og Zwinkels, Geusgens, Van de Sande & Van Heugten (2004) undersøker Apraksitests psykometriske verdier. Disse primærstudiene finner blant annet at testen har relativt god reliabilitet og validitet. Ifølge forfatterne kan ergoterapeuter benytte testen dersom de mener de har tilstrekkelig ekspertise til å tolke skåringene av testen. Heugten van et al. (1999a) viser i sin studie at testen ikke kan brukes for å skille mellom ideasjonell og ideomotorisk apraksi.

ADL-observasjoner fra Apraxia Guideline (ADL-observasjoner):

ADL-observasjoner er utviklet i Nederland av Stehmann-Saris, van Heugten, Kinébanian & Dekker (1996) for å måle konsekvens av apraksi i dagligli-

vet (Heugten van, Dekker, Deelman, Stehmann-Saris & Kinebanian, 1999b). Den skal vurdere nivå av selvstendighet ved utførelse av selvvalgte meningsfulle aktiviteter, bestemme hvilke problemer pasienten har i de tre fasene av utførelsen av menneskelig aktivitet (orienteringsfasen, utførelsesfasen og kontrollfasen) og bidra til valg av intervensjon (Stehmann-Saris et al., 1996). Heugten van et al. (1999b) og Hansen et al. beskriver at ADL-observasjoner er vurdert å ha intern konsistens og moderat til perfekt reliabilitet. Videre sier Hansen et al. at den danske oversettelsen av instrumentet er undersøkt å ha adekvat konstrukt-validitet, men at flere deler av validiteten bør undersøkes ytterligere. Likevel godkjennes guidelinen som et klinisk verktøy i rehabiliteringsarbeid i Danmark (Hansen et al., 2009).

MMSE-NR: MMSE-NR er et grovt screeningsverktøy for orienterende kartlegging av kognitiv funksjon (orienteringsevne, språk, visuokonstruktiv evne, oppmerksomhet og hukommelse), og er utarbeidet som en norsk revidert versjon av den originale versjonen laget av nevrolog og psykiater Marshal F. Folstein i 1975 (Strobel & Engedal, 2008).

Klokketest: Klokketest er et valid og reliabelt screening-instrument, som undersøker et stort spekter av kognitiv evne (orientering og handling i rom, oppmerksomhet, tallforståelse samt eksekutive funksjoner) (Shulman, 2000).

TMT-A/B: TMT-A/B kartlegger evne til fokusert og delt oppmerksomhet, psykomotorisk tempo og konsentrasjon, samt at TMT-B også sier noe om pasientens eksekutive evne (Reitan & Wolfson, 1985).

LOTCA: LOTCA undersøker

orientering, oppfattelse, kognitiv evne, og visuomotorisk organisering. Testen tar 30 - 45 minutter å utføre (Lotca, 2014).

PRPP: PRPP er en forkortelse for Perceive (oppfatte), Recall (gjenkalle), Plan (planlegge) og Perform (utføre). Metoden er en valid og kriteriereferert ergoterapikartlegging (Chapparo & Ranka, 2006). Videre beskriver Chapparo og Ranka at den benyttes for å identifisere problemer med utførelse av enhver selvvalgt rutine, oppgave eller deloppgave samt problemer med anvendelse av strategier for informasjonsprosessering under utførelse av oppgaver.

AMPS: AMPS er et kartleggingsredskap for ergoterapeuter som gjør det mulig å vurdere en persons motoriske- og prosessferdigheter samt hvordan disse innvirker på personens evne til å utføre ADL (pasienten kan velge aktiviteter fra en liste). Kvaliteten på ADL-utførelsen bedømmes i forhold til anstrengelse, effektivitet, sikkerhet og selvstendighet i 16 motoriske ferdighetsmomenter og 20 prosessferdighetsmomenter (Fisher, 2003). Fisher hevder at AMPS er standardisert med hensyn til validitet og reliabilitet.

Diskusjon

VIKTIGHETEN AV KUNNSKAPSBASERT FAGPROSEDYRE

Målet med fagprosedyren er å sikre at apraksi etter hjerneslag avdekkes. Informant 2, 3 og 4 sier at klinisk erfaring er viktig for å avdekke apraksi. Jeg er enig i dette, men tror at bruk av standardiserte tester vil gi nyutdannede med mindre erfaring gode muligheter for å kartlegge apraksi. Ergoterapeutene ved arbeidsplassen er opptatt av god kvalitet på tjenestene som gis,

og at denne skal være uavhengig av hvilken ergoterapeut pasienten møter. Retningslinjer basert på kunnskapsbasert praksis kan redusere variasjon i yrkesutøvelse (Fawcett, 2007) fordi arbeidet ikke blir varierende fra person til person. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) og Samhandlingsreformen (2009) beskriver at større fokus på KBP og utarbeidelse av retningslinjer og fagprosedyrer, skal bidra til å endre praksis i tjenesten. Fagprosedyren om apraksi kan bidra til å oppnå intensjonen ved Samhandlingsreformen om å yte bedre kvalitet, møte pasientene på en bedre måte og gi koordinerte tjenester. Dette kan igjen bidra til å nå Folkehelseovens (2011) mål om reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen, deriblant best mulig livskvalitet etter hjerneslaget.

VALG AV REDSKAP FOR KARTLEGGING AV APRAKSI

Mitt arbeidssteds fagprosedyre vil være tydelig på at kartlegging av apraksi bør skje med standardisert bordtest og observasjon i ADL, som også støttes av flertallet av informantene, Zwinkels et al. (2004) og Heugten van et al. (1999b). Redskapene bør være valide (relevante og gyldige) og reliable (pålitelige), noe Dalland (2012) mener må oppfylles for at metoden skal gi troverdig kunnskap. Dette støttes også av Hagedorn (1995), som beskriver kravene til standardiserte kartleggingsredskaper.

Informant 3 anbefaler MMSE-NR, klokketest og TMT-A/B, og informant 4 anbefaler LOTCA for å kartlegge apraksi. Innledningsvis nevnes egne erfaringer om at MMSE-NR ikke kartlegger apraksi spesifikt. Da benyttede søkeord ved litteratursøk ikke ga treff som

omhandlet redskapene, velger jeg ikke å inkludere disse i videre drøfting.

Grieve & Gnanasekaran (2008) sier at det er en debatt innenfor litteraturen om hvorvidt ulike former for apraksi, som ideasjonell og ideomotorisk apraksi, er forskjellige eller overlappende. Jeg mener det ikke er nødvendig å skille mellom apraksiformene, men å avdekke apraksi og aktivitetssvanser. Ved å kartlegge begge apraksiformene mener jeg det er sikrere at apraksi avdekkes, fordi man kartlegger et større omfang av apraksi. CAS, TULIA og AST anbefales av Dovert et al. (2012) for kartlegging av apraksi, men fordi de ikke kartlegger ideasjonell apraksi gjennom reell bruk av objekter (Dovert et al., 2012; Vanbelling et al., 2011), velges de bort. Apraksitest av De Renzi et al. undersøker ideasjonell og ideomotorisk apraksi, men dens psykometriske egenskaper er ikke godt nok dokumentert (Dovert et al., 2012). Testen innfrir derfor ikke kravene til standardisering (Hagedorn, 1995). Apraksitest innfrir våre ønsker ved at den kartlegger både ideasjonell og ideomotorisk apraksi, og validitet og reliabilitet er vurdert å være god (Heugten van et al., 1999a; Zwinkels et al., 2004). Den anbefales i fagprosedyren for kartlegging av apraksi laget av Haukeland Universitetssykehus (Helsebiblioteket, udatert), og av Informant 1. Apraksitest er oversatt til norsk av Haukeland Universitetssykehus, og det arbeides med å godkjenne oversettelsen.

Innledningsvis nevnes EVA som et av redskapene for kartlegging av aktivitetssvanser der apraksi kan avdekkes, men vil ikke bli drøftet videre fordi redskapet ikke er standardisert. Gjennom

litteratursøk finner jeg ingen artikler som anbefaler PRPP eller AMPS. Likevel har jeg og min kollega erfart at redskapene som gir aktivitetsdiagnoser, kan fange opp apraksi. ADL-observasjoner er det eneste redskapet som har fullfokus på kartlegging og intervensjon av apraksi gjennom ADL. ADL-observasjoner anbefales av informant 1 og 2 og Helsebiblioteket (udatert). Redskapet er standardisert ved at det har en prosedyre og vurderingsskår, er vurdert å ha intern konsistens, moderat til perfekt reliabilitet og adekvat konstrukt validitet (Heugten van et al., 1999b; Hansen, 2009). Fordelen med fullfokus på apraksi kan være at man er sikrere på at apraksi avdekkes. En annen fordel med ADL-observasjoner er at den gir råd for intervensjon basert på strategitrening, som også Helsedirektoratet (2010) foreslår. Informant 1 erfarer at bruk av ADL-observasjoner gjør det lettere å «standardisere» observasjonen, starte tidlig intervensjon i samarbeid med det tverrfaglige teamet og skrive strukturerte anbefalinger for videre trening til oppfølgende instans. Informant 2 sier at redskapet gir terapeuten hjelp til å finne riktig hjelpenivå (strategitrening), og at intervensjonen kan overføres til oppfølgende instans. ADL-observasjoner kan bidra til å nå intensjonen ved Samhandlingsreformen (2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) om forpliktende samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, i tillegg til Helsepersonellovens (1999) lov om at helsepersonell skal videreformidle til kommunen eventuelle behov for videre tiltak. En ulempe ved bruk av ADL-observasjoner er at den norske oversettelsen ikke er godkjent, men en godkjent dansk

oversettelse kan benyttes (Hansen, 2009). Videre mener jeg det er en fordel at ADL-observasjoner og PRPP gir pasienten mulighet for å utføre selvvalgt meningsfull aktivitet, i motsetning til AMPS, der pasient kan velge fra en liste. Dette fokuset på brukervedvirkning gir pasienten mulighet til å bestemme sin egen rehabilitering, ved selv å velge aktiviteter for kartlegging og intervensjon knyttet mot egne mål (Askheim & Starrin, 2007; Hove, 2002). Brukervedvirkning kan også hjelpe ergoterapeuter i arbeidet med å fremme befolkningens rett til aktivitet og deltakelse (NETF, udatert-b; Wilcock, 2005). Brukervedvirkning nevnes også i Omsorgsplan 2015 (2006), som sier at fremtidens velferdssammenheng forutsetter myndiggjøring og ansvarliggjøring, fordi dette kan sikre at pasienten kan få leve et mest mulig meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap, jamfør WHO's (1946) helsedefinisjon.

Konklusjon

Funn ved litteratursøk og intervju drøftet opp mot relevant teori har gitt meg gode begrunnelser når det gjelder hvilke standardiserte kartleggingsredskaper vi bør benytte ved arbeidsstedet for å avdekke apraksi. Arbeidsstedets kunnskapsbaserte fagprosedyre vil beskrive at vi alltid bør benytte Apraksitest i tillegg til observasjon i ADL ved hjerneslag i venstre hemisfære. Ved mistanke om apraksi ved hjerneslag i høyre hemisfære bør fagprosedyren også benyttes. Det er mulig å benytte både PRPP, AMPS og ADL-observasjoner i ADL. Fagprosedyrens kartleggingsredskaper er valide og reliable og ser på ideomotorisk og ideasjonell apraksi (Aprak-

sitest) og på konsekvensene i aktivitetsutførelsen (kartlegging i ADL).

Det er på sikt ønskelig å fremme et samarbeid mellom Bærum Sykehus og oppfølgende instanser rundt intervensjon ved apraksi. Samarbeidet kan bidra til bedre flyt og effektivitet i tjenestene i henhold til intensjonen om Samhandlingsreformen (koordinerte tjenester, avtalte behandlingsforløp, rett behandling på rett sted til rett tid, møte pasienter på en bedre måte, og lokale samarbeidsavtaler). Dersom det lykkes å implementere ADL-observasjoner ved mitt arbeidssted, er det ønskelig å samarbeide rundt ADL-observasjoners intervensjon basert på strategitrening. Samarbeidet, der kommunen kan fortsette bruken av strategitrening, vil også kunne fremme Rehabiliteringsmeldingens (1998) mål om en helhetlig politikk på rehabiliteringsfeltet, gjennom tiltak som trekker i samme retning.

Referanseliste:

-
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chapparo, C & Ranka, J (2006). PRPP System of Task Analysis: Users training manual.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dovern, A., Fink, G. R. & Weiss, H. (2012). Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *J Neurol*, 259, 1269-1283.
- Ellingham, B., Clark, E. G., Jespersen, L. F. & Annerløv, L. (2012). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*. Hentet 21.februar 2014 fra <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-2012-manua->

[len-klinikk.pdf](#)

Fawcett, L. A. J. (2007). *Principles of assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists-Theory, Skills and Applications*. England: John Wiley & Sons.

Fisher, A. G. (2003). *AMPS. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization and Administration Manual* (5.utg.). Colorado: Three Star Press.

Folkehelseinstituttet. (udatert). *Hjerte- og karsykdommer-Faktaark med helsestatistikk*. Hentet 29.januar 2014 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:0:0

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet 01.april 2013 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html>

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). «Mini-Mental State.» A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12(3), 189-198.

Grieve, J. & Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for Occupational Therapist: Cognition in Occupational Performance* (3. utg.). USA: Blackwell Publishing.

Hagedorn, R. (1995). *Occupational Therapy. Perspectives and processes*. New York: Churchill Livingstone.

Hansen, T., Steultjens, E. & Satink, T. (2009). Validation of a Danish translation of an occupational therapy guideline for interventions in apraxia: A pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(4), 205-215.

Helsebiblioteket. (udatert). *Kartlegging av apraksi hos pasienter med hjerneslag i venstre hemisfære*. Hentet 10. desember 2012 fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/kartlegging-av-apraksi-hos-pasienter-med-hjerneslag-i-venstre-hemisf%C3%A6re>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (IS-1688/2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

[Lov om helsepersonell m.v.](#)

Heugten van, C. & Geusgens, C. (2009). Strategies to Compensate for Apraxia Among Stroke Clients - The Cognitive Strategy Training. I I. Söderback (Red.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (s. 241-249). New York: Springer.

Heugten van, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., Stehmann-Saris, F. C. & Kinebanian, A. (1999a). A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(2), 182-192.

Heugten van, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., Stehmann-Saris, J. C & Kinebanian, A. (1999b). Assessment of Disabilities in Stroke Patients with Apraxia: Internal Consistency and Inter-Observer Reliability. *The Occupational Therapy Journals of Research*, 19(1), 55-71.

Hove, O. (2002). *Brukermedvirkning - hindringer og muligheter*. Embla nr. 2 Høgskolen i Bergen. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 04.januar 2013 fra <http://www.kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Lotca. (2014). LOTCA: The Gold Standard in Cognitive Assessment. Hentet 03.mai 2014 fra <http://www.lotca.com>

Nasjonalt helse- og omsorgsplan 2011-2015. (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011). Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

NETF (Udatert). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 15. mars 2013 fra <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapeuter/Ergoterapeuter-kompetanse/Yrkesetiske-retningslinjer>

Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 (1998-99), 1998). *Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Hentet 15. mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

Reitan, R. M. & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation*. Tucson: Neuropsychological Press

Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2009). *Rett behandling-på rett sted- til rett tid*. Hentet 15.mars 2013 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (15), 548-56.

Stehmann-Saris, J. C., van Heugten, C. M., Kinébanian, A. & Dekker, J. (1996). *Occupational Therapy guideline for assessment and treatment of apraxia following left hemisphere stroke*. Amsterdam: NVE and the HvA, Second completely renewed reprint: 2003. Hentet 04.januar 2013 fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/kartlegging-av-apraksi-hos-pasienter-med-hjerneslag-i-venstre-hemisf%C3%A6re>

Strobel, C. & Engedal, K. (2008). *Norsk Revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual*. Hentet 21.februar 2014 fra <http://resource.nhi.no/resource/4545-21-mmse-nr-manual.pdf>

Vanbellingen, T., Kersten, B., Van de Winckel, A., Bellion, M., Baronti, F., Müri, R. & Bohlhalter, S. (2011). A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82, 389-392.

Wilcock, A. A. (2005). Occupational science: Bridging occupation and health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 5-12..

World Health Organization [WHO] (1946). *WHO definition of health*. Hentet 05.oktober 2012 fra http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/

Zwinkels, A., Geusgens, C., Van de Sande, P. & Van Heugten, C. (2004). Assessment of apraxia: inter-rater reliability of a new apraxia test, association between apraxia and other cognitive deficits and prevalence of apraxia in a rehabilitation setting, *Clinical Rehabilitation*, 18, 819-827.