



REGIONFÖRBUNDET
ÖREBRO

Kognitiv checklista

vid
arbetsterapeutisk
bedömning av
ADL-förmåga

Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga

En arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter från Örebro län har arbetat fram en kognitiv checklista för den kommunala verksamheten. Checklistan ska vara lätt att tillämpa inom kommunal vård, den är av screening-karaktär och är tänkt att användas som ett komplement vid ADL-bedömning med ADL-taxonomin.

I arbetsgruppen har ingått:

Anna-Karin Andersson
Inga Blomstrand
Lena Dahm
Susanne Gustafsson
Helen Göthlin
Åsa Lund
Christina Löf
Marianne Romedahl
Ann Skoglund
Irene Skoglöf
Anna-Karin Ånberg-Lindblom

Referenser:

Ergoterapi og hjerneskade
Hanne Kaae Kristensen, Grethe Egmont Nielsen, Ergo Munksgaard Danmark, 4:e utgåvan
2011
www.munksgaard.danmark.dk

ADL-taxonomi - en bedömning av aktivitetsförmåga
Kristina Törnquist och Ulla Sonn, FSA:s förlag 2001, nytryck 2011
www.fsa.se

Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument En sammanställning av gemensamt antagna
bedömningsinstrument för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom området rehabilitering för äldre i Örebro län
Överenskommelse landstinget och kommunerna i Örebro län 2011
www.orebroll.se/ovkoll

Innehåll

Bakgrund

Kartläggning av aktivitetsbegränsningar och kognitiva svårigheter	4
ADL-taxomin	4
Checklista som komplement	4
Kognitiva funktionsnedsättningar och hjärnans funktion enligt ”Ergoterapi og hjerneskode”	5
Hjärnans blockindelning enligt Lurias lokaliseringsteori	5

Beskrivning av checklisten

Checklistans upplägg	6
Del 1. Vakenhet, tonus, uppmärksamhet, tempo, uthållighet	6
Del 2. Registrera/uppfatta och känna igen	6
Del 3. Tolka och sätta ihop information till en enhet	6
Del 4. Minne	6
Del 5. Tidsuppfattning	6
Del 6. Starta aktivitet	6
Del 7. Praktiskt utförande	7
Del 8. Avsluta aktivitet	7
Del 9. Planera, kontrollera med omdöme	7
Del 10. Emotionellt tillstånd i aktivitet	7
Del 11. Språk	7

Gemensamma ord för att beskriva personens behov av stöd i aktivitet

Bakgrund och syfte	8
6 olika nivåer för att stödja/hjälpa vid aktivitet	9
Påminnelse	9
Tillsyn, uppmuntran	9
Muntlig guidning och kroppsspråk	9
Praktisk guidning (fysisk guidning och handräckning)	9
Praktisk hjälp	9
Passiv deltagare	9

Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga

10

Bakgrund

Kartläggning av aktivitetsbegränsningar och kognitiva svårigheter

Arbetsterapeuter kartlägger aktivitetsbegränsningar och kognitiva svårigheter. Det är viktigt att alla delar i vårdkedjan bygger på samma struktur och har gemensamma instrument. Detta säkrar informationsöverföringen mellan de olika vårdnivåerna. Det tydliggör var i vårdkedjan patienten befinner sig och garanterar en fortsatt god och säker rehabilitering. En enhetlig struktur ger arbetsterapeuterna en metod och en strategi för hur de kan gå vidare i bedömning och behandling. Örebro läns arbetsterapeuter i slutenvård och öppen vård har enats om att hela vårdkedjan bör utgå ifrån enhetliga bedömningsinstrument för kognitiv bedömning. Dessa är MMSE, MOCA, Kognitiva Screeningbatteriet samt ADL-taxonomi med kompletterande checklista. Se vidare regional överenskommelse i Örebro län; *Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument*.

ADL-taxonomi

I ADL-taxonomi ingår följande aktiviteter:

<u>P-ADL</u>	<u>I-ADL</u>
1. Äta och dricka	8. Resor
2. Förflyttning	9. Matlagning
3. Toalettbesök	10. Inköp av dagligvaror
4. På/avklädning	11. Städning
5. Personlig hygien	12. Tvätt
6. Övrig kroppsvård	
7. Kommunikation	

Instrumentet har valts för att det bedömer aktivitetsförmåga ur ett kan/gör/vill perspektiv och samtidigt tillåter beskrivning av hjälpbehov. En fördel är också att instrumentet är tillgängligt för alla arbetsterapeuter och det kräver ingen ytterligare utbildning för att användas. En svaghet med instrumentet är att det inte kan användas för att rangordna delaktiviteter i samband med kognitiva svårigheter. Det kan bara användas för att beskriva aktivitetsförmåga.

ADL-taxonomins användning för personer med kognitiva funktionsnedsättningar har varit begränsad då den inte fångade de kognitiva svårigheterna. Med checklistan som komplement får vi det stöd vi behöver för att ringa in de kognitiva svårigheterna och resurserna.

Checklista som komplement

Målet med checklistan är att den ska vara ett stöd vid arbetsterapeutisk ADL-bedömning med ADL-taxonomi. Den ska vara lätt att tillämpa inom kommunal vård, den är av screening-karaktär och omfattar ej hela det kognitiva området.

Checklistan kan underlätta både vid bedömning och vid kommunikation med andra parter.

Observera att checklistan inte är ett instrument, utan en kompletterande checklista till ADL-taxonomi. Bedömning med checklista kan göras i en eller flera aktiviteter.

Behandlingsstrukturer och riktlinjer för behandling vid kognitiva svårigheter ingår inte i detta dokument. Bedömning bör kompletteras med ytterligare instrument vid behov (se ovan).

Kognitiva funktionsnedsättningar och hjärnans funktion enligt ”Ergoterapi och hjerneskada”

I arbetsgruppen som tagit fram checklistan har det ingått arbetsterapeuter med erfarenhet av demens, stroke, MS, Parkinson, psykiska sjukdomar m.m. Checklistan ska kunna användas generellt vid kognitiva funktionsnedsättningar oavsett diagnos.

Den litteratur som gav mest stöd i den generella ansatsen är boken ”Ergoterapi och Hjerneskade” (Kristensen, Egmont Nielsen 2011). Den behandlar kognitiva nedsättningar hos vuxna hjärnskadade och beskriver hjärnans struktur, organisation, kognitiva processer, kognitiva bortfall/nedsättningar samt möjliga åtgärder. Boken beskriver på ett bra sätt olika kognitiva svårigheter som vi arbetsterapeuter möter i den kliniska verksamheten.

Författarna använder Lurias förståelse för hjärnans funktionella uppbyggnad eftersom den ger en bra överblick/förståelse för kognitiva processer. De poängterar samtidigt att hjärnan ska förstås som en samlad funktionell enhet som består av specialiserade områden. Det sker hela tiden ett komplext föränderligt samspel mellan de olika delarna som är beroende av varandra. Om en del skadas så kommer det att påverka hur resten av hjärnan jobbar.

Nyare teorier om plasticitet och dynamiskt strukturerade nätverk gör att man idag talar om ”funktionernas organisation” istället för ”funktionernas lokalisation”.

Författarna skriver även om hjärnans lateralisering, hur den vänstra hjärnhalvans funktioner är välavgränsade och den högra hjärnhalvans funktioner är mer diffust lokaliserad. Höger hjärnhalva är bättre på att bearbeta komplicerade nya stimuli medan vänster hjärnhalva är bättre på välavgränsade funktioner och rutinmässig information. Checklistan behandlar inte hjärnans lateralisering.

Författarna utgår från blockprincipen (Lurias lokalisationsteori), att hjärnan har 3 grundläggande funktionella enheter (block). Svårigheterna i checklistan följer delvis blocken.

Hjärnans blockindelning enligt Lurias lokaliseringsteori

Block 1: Hjärnstammen, mellanhjärnan, limbiska systemet. Det aktiverande hjärnblocket (tonus, vakenhet, uthållighet, psykomotoriskt tempo). Vakenhet påverkas bl.a. av yttre och inre sinnesintryck. Vakenhet möjliggör uppmärksamhet som i sin tur är en förutsättning för koncentration. Om uppmärksamheten är nedsatt blir det också svårt att minnas. Ibland kan man se att motoriska handlingar utförs korrekt men präglas av tröghet/ kraftlöshet.

Block 2: Occipital-, parietal-, och temporallober. Tar emot och bearbetar information. Mottagarcentral för sensoriska, visuella, auditiva stimuli. System för insamling, bearbetning och lagring av information. Stor betydelse för att uppfatta, lära in och lagra information (minne). Taktilkinestetiska impulser är inte bara viktiga för känsel utan påverkar också förmågan att utföra motoriska handlingar korrekt. I detta block blir informationen meningsfull via våra sinnen, en helhet bildas som vi sedan kan jobba vidare med i block 3.

Block 3: Frontallob. Organiserar, styr, kontrollerar, målinriktad handling. Avsändarcentral. Här ingår problemlösning, abstrakt tänkande, men här organiseras också motorik till handlingar. Block 3 har ett nära samspel med block 1 genom att det styr uppmärksamhet och vakenhet. Det finns också ett tätt samspel med limbiska systemet och vårt känsloliv.

Beskrivning av checklista

Checklistans upplägg

Checklistan består av två sidor. Checklistans rubriker är grovt samlade utifrån block men det stämmer inte helt. Listan utgår från ett aktivitets- och vardagsperspektiv. Under en rubrik kan svårigheter från flera block uppges. Checklistan tar upp vanliga svårigheter men den täcker inte allt. Vi har valt att använda enkla vardagsord i stället för ord som agnosi, spatialt m.m.

1. Vakenhet, tonus, uppmärksamhet, psykomotoriskt tempo, uthållighet.

Motsvarar funktioner i block 1.

2. Registrera/uppfatta och känna igen.

Motsvarar funktioner i block 2 som handlar om perception, att kunna rikta uppmärksamhet, registrera och analysera.

3. Tolka och sätta ihop information till en enhet.

Att samla varje enskilt intryck till en helhet där även minnet är viktigt. Även rumsliga relationer som omgivning och kroppsuppfattning ingår här.

4. Minne.

Minnet är komplext och involverar hela hjärnan. Checklistan tar endast upp några vardagliga exempel på svårigheter kring minne utan fördjupning på området. Exempel på komplexiteten kring minne: Om en person har nedsatt uppmärksamhet (block 1) blir det stopp redan i portgången. Det kommer att bli svårt med koncentration och registrering. Mindre information går vidare till korttidsminne/arbetsminne för bearbetning. Det påverkar vad som lagras i långtidsminnet (block 2). Block 3 har påverkan på minnet t.ex. utifrån vilka inre motiv man har. Beroende på inre motiv kan två personer minnas samma händelse olika. Olika sinnesintryck lagras på olika ställen: hörsel i tinninglob, syn i occipitallob, taktil kinestetiska i parietallob. Minne kan t.ex. handla om att minnas hur det låter när en hund skäller.

5. Tidsuppfattning.

Tidsuppfattning är knutet till rumsliga relationer, att kunna värdera en tidsmängd. Det handlar inte bara om att veta vad klockan är. En person som vill gå på toaletten kl 10.00 kan hoppa över det för att hon ska äta kl 12.00. Hon är inte säker på om hon hinner på toa före maten. Känslan för hur mycket man hinner på en viss tid är nedsatt.

6. Starta aktivitet.

Initiativförmåga, motivation och motorisk startförmåga är funktioner som ligger i block 3. Det kan vara viktigt att närmare försöka förstå varför personen inte börjar/startar. Vårt bemötande/stöd måste anpassas till vad som är det egentliga problemet. Ex: Nedsatt initiativförmåga kräver konkret starthjälp med yttre stimuli för att komma igång. Motivationsproblem kräver kanske ett särskilt bemötande eller ett tydliggörande av situationen. Att ha rent motoriska startsvårigheter löses kanske genom fysisk guidning. Checklistan kan inte "diagnostisera" men den kan vara en hjälp att försöka särskilja den ena svårigheten från den andra.

7. Praktiskt utförande.

Det som sker under själva aktiviteten. Hör till största delen ihop med block 3, som att kunna organisera och utföra. Men t.ex. koncentration kan bero på svårigheter i flera block. Om block 1 är skadat har personen kanske svårt att vara vaken och uppmärksam. Om block 3 är skadat kan personen styras/störas av små irrelevanta stimuli i miljön, som t ex att avbryta tandborstningen för att man får syn på kammen. Svårighet att hantera redskap kan ha flera orsaker. Om svårigheterna finns i block 2 kan det bli spatiala svårigheter att få till det. Personen vet hur hon ska använda redskapet men hon får inte ihop sinnesintrycken till en helhet. Om problemet sitter i block 3 kan personen ha svårt att hantera redskapet för att hon saknar idé om vad det är och hur det ska användas (apraxi).

8. Avsluta aktivitet.

Det är av betydelse att notera om personen klarar att avsluta en påbörjad aktivitet. Detta kan vara viktigt för personens självkänsla, trygghet och säkerhet i vardagssituationen. En del personer har problem med perseveration, d v s svårighet att byta eller bryta rörelse- och/eller handlingsmönster. Andra har nedsatt minne och vet inte att de redan gjort aktiviteten och börjar därför om igen.

9. Planera/kontrollera med omdöme.

Denna rubrik hänger nära ihop med rubriken ”praktiskt utförande”. Det handlar om hjärnans förmåga att skapa en idé och att utifrån den planera och välja strategier samt att utföra dem i en korrekt ordningsföljd. Vid t.ex. frontala funktionsnedsättningar kan det vara viktigt ur säkerhetsaspekt att observera om personen har insikt om den egna förmågan.

10. Emotionellt tillstånd i aktivitet.

Vissa skador kan ge ett förändrat emotionellt beteende. Personer med hjärnskador utvecklar ofta organisk depression. Empatisk förmåga kan förändras. T ex kan personer med svåra skador i högra frontalloben få svårt att tolka ansiktsuttryck och tonfall. En person med stroke kan bli labil och få skrattanfall eller gråtanfall. Vid demens ses ofta se oro/stress under aktivitet. Vid dessa nedsättningar kan kraven under aktivitet behöva minskas. Då gråtmildhet ses vid t ex stroke kan avledning och ökade krav behövas. Överhuvudtaget kan det vara bra att observera sinnesstämning vid aktivitetsbedömning.

11. Språk

Språkbearbetningen sker i vänstra hemisfären hos de flesta människor. Svårigheterna kan finnas i både bearbetning av språk och själva språkmobiliseringen. Förr använde man begreppen expressiv/impresiv afasi eller motorisk/sensorisk afasi. Idag används indelningen ”flytande” och ”icke flytande” afasi. En person med flytande afasi har ett tal som flyter men kan ha svårt att mobilisera ord, nedsatt förmåga att korrigera fel, parafatiskt tal samt störd språkförståelse. En person med ”icke-flytande afasi” har relativt intakt språkförståelse men har starkt nedsatt talhastighet, ansträngt tal och nedsatt förmåga att artikulera, pausar mycket, pratar i telegramstil. De svårigheter som checklistan tar upp är endast exempel på svårigheter som vi kan se och ger ingen fördjupning i ämnet.

Gemensamma ord för att beskriva personens behov av stöd

Bakgrund och syfte

I en bedömningssituation är det viktigt att tänka på vilken svårighetsgrad en person klarar av samt hur prognosen är. Detta kan vi göra i ADL-taxonomin genom att beskriva hjälpbehovet. Om ADL-förmågan tros kunna förbättras (sett med kognitiva glasögon) t ex efter stroke behöver vi efter hand öka kraven och minska stödet. Om personen förväntas bli sämre t ex vid demens behöver vi minska kraven och undvika att kränka personen.

Vid bedömning är det viktigt att ge rätt stöd. Om vi ger för mycket stöd framkommer inte svårigheterna, det gäller särskilt planering och organisering.

Vid bedömning, dokumentation och handledning är det även viktigt att framhålla de kognitiva resurser som finns och som fungerar bra. Tänk också på att personens aktivitetsförmåga och kognition varierar beroende på dagsformen. I dokumentationen kan det vara av värde att notera syftet med bedömningen.

Målet måste vara att hjälpinsatserna skräddarsys utifrån personens svårigheter och kvarvarande förmågor så att personen får tillfälle att göra just det som är möjligt. En gemensam förståelse för patientens förmåga och behov är en förutsättning. Arbetsterapeuters sätt att kommunicera och uttrycka det som observerats i ADL-bedömning varierar. Vi ser behov av ett tydligt och gemensamt språk för att kommunicera förmågor och behov av stöd.

På nästa sida ges förslag på 6 olika nivåer som beskriver stödbehov/hjälbehov vid aktivitet i samband med kognitiva svårigheter. Arbetsgruppen har diskuterat olika ord och gränsdragningar och gjort följande medvetna skiljelinjer:

Nivå 1, 2:

Personen behöver inte ha personal direkt intill sig vid aktiviteten.

Nivå 3:

Personen behöver ha närvaro av personal genom hela aktiviteten för muntligt stöd. Detta ses som viktigt av två olika anledningar. Dels för att förtydliga att personalens närvaro och muntliga stöd är betydelsefullt vid kognitiva svårigheter. Dels för att förtydliga att det många gånger räcker med muntligt stöd och att man inte ska ta ifrån personen förmågor genom att hjälpa för mycket.

Nivå 4, 5:

Personen behöver handgriplig guidning och hjälp, ofta genom fysisk kontakt. Arbetsgruppen vill dra skiljelinjer mellan muntligt stöd, handräckning och fysisk kontakt. Syftet är dels att stödja personens egen aktivitet och delaktighet så långt som möjligt, men även att respektera personens integritetsbehov och att inte vara mer ”påträngande” än nödvändigt vid t.ex. personlig omvårdnad.

Nivå 6:

Personen är ej aktiv men ses ändå som en ”deltagare” och som delaktig i det som händer.

6 olika nivåer för att stödja/hjälpa vid aktivitet

1. Påminnelse

Behöver påminnelse för att komma igång. Klarar sig sedan igenom aktiviteten utan stöd.

2. Tillsyn och uppmuntran

Behöver stöd att starta aktiviteten och tillsyn/uppmuntran om ev. problem uppstår. Tvättar t ex övre hygien vid handfatet efter att personal visat honom/henne tillrätta. När hon/han kommit igång med aktiviteten kan personalen finnas i närheten men behöver inte finnas bredvid.

3. Muntlig guidning och kroppsspråk

Behöver personligt kognitivt stöd av personal i form av instruktion (muntligt och/eller genom kroppsspråk). Det kan finnas problem med t ex nedsatt motivation och initiativförmåga eller att personen inte vet hur och i vilken ordning aktiviteten skall genomföras. Stödet behövs genom hela aktiviteten och personal behöver stå intill personen. Tvättar t ex övre hygien vid handfatet med stöd av personal vid hans/hennes sida och ger muntliga instruktioner.

4. Praktisk guidning (fysisk guidning och handräckning)

Behöver fysiskt stöd av personal t ex i form av handräckning och/eller fysisk guidning. Utöver ovanstående problem (motivation, initiativförmåga, ordningsföljd i aktivitet) kan det finnas problem att förstå språk och instruktioner. Med handräckning menas t ex att personal kan ta tvål på en tvättdopp och ge personen. Med fysisk guidning menas att personal genom kroppskontakt t ex kan styra personens hand och tandborste i riktning mot ansiktet för att visa hur och var tandborsten ska användas. Personen behöver stöd igenom hela aktiviteten och personalen står intill.

5. Praktisk hjälp

Behöver praktisk hjälp genom hela aktiviteten. Personen kan dock medverka själv vid vissa delmoment. Personen har både kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Personen får t ex hjälp att tvätta övre hygien vid handfatet av en personal. Hon/han medverkar t ex genom att, efter instruktion lyfta på armarna då personalen tvättar.

6. Passiv deltagare

Behöver hjälp av 1-2 personal. Personen medverkar inte själv aktivt i aktiviteten. Tvättas t ex av personal, sittande vid handfatet eller liggande i sängen.

Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga

Används som komplement till ADL taxonomin.

Läs igenom checklista innan bedömning för påminnelse om de ”kognitiva glasögonen”.

Gör bedömning i två steg:

1. Observera vad personen klarar och inte klarar enligt ADL taxonomin.
2. Gör en snabbscreening i efterhand med checklistan nedan. Notera i rutan ”aktivitet” vilken aktivitet som bedöms. Kryssa i rutor eller notera svårigheter du observerat.

Vakenhet, tonus och uppmärksamhet (block 1)	Aktivitet	Aktivitet
är trött och ouppmärksam, har svårt att samla sig		
blir snabbt uttröttad, nedsatt uthållighet		
onormalt tempo (oftast långsam)		
Registrera och känna igen (block2)		
har svårt att registrera via sinnen ex. via syn, hörsel, känsel m.m.		
det tar tid att registrera vad som händer		
svårt att känna igen ljud ex. spistimer, väckarklocka		
svårt att känna igen via känseln (ex temp)		
svårt att känna igen välbekanta personer		
svårt att känna igen föremål		
Tolka och sätta ihop information till en helhet (block 2)		
svårighet med kroppsutfattningen		
registrerar ej stimuli åt ena sidan (neglect)		
bedömer inte avstånd korrekt		
svårt att navigera i rummet		
svårt att hitta/orientera sig		
svårt att hitta en sak bland andra saker		
svårt med fram/bak/upp/ner		
Minne (block 1, 2, 3)		
minns ej det planerade besöket		
minns ej det hon nyss gjort		
glömmer instruktion under aktiviteten		
minns ej var hon lagt saker		
talar fabulerande p.g.a. nedsatt minne		
Tidsuppfattning		
vet ej om aktiviteten tar 20 min eller 5 tim		
håller på för länge och ”tappar tiden”		
vet inte vilken tid på dygnet det är		
vet inte när på dygnet aktiviteter ska ske		

Starta aktivitet		
tar ej initiativ till att utföra aktiviteten		
saknar motivation till aktiviteten		
vet ej att det är dags för aktiviteten (ex nu är det morgon och dags att gå upp)		
har svårt att få igång motoriken		
Praktiskt utförande (f.a. block 3)		
plockar ej fram de saker som behövs		
gör momenten i fel ordning		
fastnar i ett rörelsemönster		
har svårt att hålla tråden/koncentration		
vet ej hur redskap hanteras (saknar idé)		
svårt att tänka abstrakt ex. svårt att se målet/orsaken med aktiviteten		
Avsluta aktivitet		
avslutar ej aktiviteten, gör om moment		
gör om hela aktiviteten efter en stund		
går ifrån aktiviteten innan den är avslutad		
Planera/kontrollera aktivitet med omdöme (block 3)		
saknar en idé om vad som ska göras/vet ej hur aktiviteten ska göras		
är osystematiskt, omedveten om aktivitetens olika steg/moment		
kan ej föreställa sig utrustning som behövs		
svårt att anpassa sig till oförutsedda händelser (ex potatis kokar över)		
saknar insikt om att aktiviteten inte genomförs på ett bra sätt		
gör ingen efterkontroll om det blev bra		
Emotionellt tillstånd i aktivitet		
visar plötsliga känsloutryck		
visar ilska/utåtagerande		
verkar euforisk		
verkar känslomässigt oberörd		
visar oro/stress under aktiviteten		
verkar nedstämd, saknar drivkraft		
Språk		
verkar ha svårt att förstå		
har svårt att mobilisera ord		
pratar långsamt, ansträngt, med pauser		
förväxlar ljud (bil/pil) vid tal		
har svårt att hitta ord		
förstår ej abstrakt språk, ex. ”hoppa in i duschen”		