

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i rehabilitering og habilitering
2019

Mellom skjønn og forskningsbasert kunnskap
En kvalitativ studie om ergoterapeuters tilnærminger i rehabilitering med personer med
apraksi

Elisabeth Berg

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for fysioterapi

Forord

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg fått mulighet til å fordype meg i et meget spennende interessefelt, nemlig slagrehabilitering. En kunnskap jeg vil dra stor nytte av i min arbeidshverdag som ergoterapeut.

Det har vært en krevende, men samtidig en lærerik periode. Det er flere som fortjener en stor takk for at jeg nå er i mål med denne masteroppgaven.

Først vil jeg takke mine nærmeste ledere ved rehabiliteringstjenesten Bodø, for innvilget permisjon og økonomisk støtte. Uten det hadde ikke dette arbeidet latt seg gjøre.

Jeg vil takke min veileder Karen Synne Groven ved OsloMet for konstruktive tilbakemeldinger og gode diskusjoner som har hjulpet meg i prosessen. Takker også resten av fagstaben ved utdanningsinstitusjonen for deres engasjement og faglige innspill i prosessens startfase.

Den største takken går til min kjære søster som har vært min aller største støttespiller i dette arbeidet. Hun har vist et stort engasjement for arbeidet mitt, støttet meg og holdt meg oppe under hele perioden. En like stor takk går til min venninne og medstudent Vera – du har både grått med meg i tunge perioder og ledd med meg i gode perioder. Ikke minst har dine faglige innspill vært gull verdt.

En takk går til min venninne Synne og hennes kjæreste for hjerterom i tiden jeg har vært i Oslo på studiesamlinger.

En stor takk går også til mine venninner og nærmeste familie som har heiet, oppmuntret meg og vist forståelse gjennom en krevende skriveprosess.

Bodø, 15.05.2019

Elisabeth Berg

Sammendrag

Bakgrunn: Apraksi er en hyppig kognitiv forekomst etter hjerneslag som påvirker evnen til å utføre grunnleggende aktiviteter i dagliglivet. Forskningen på behandling og prognose er begrenset. Ergoterapeuter er de som oftest er involvert i rehabilitering ved apraksi, men intervensjoner for praksis er lite belyst.

Hensikt: Målet med denne studien er å få økt kunnskap om ergoterapeuter erfaringer, resonneringer og tilnærminger i behandling med apraksipasienter.

Metode: Studien har et kvalitativ design, med bruk av semistrukturerte intervjuer og en tematisk analytisk tilnærming.

Resultat og konklusjon: Studien viser at ergoterapeuter primært baserer egen fagutøvelse i behandling av apraksi basert på klinisk erfaring og resonnering, i tillegg til at pasientenes preferanser, ressurser og behov er sterkt avgjørende for valg av tilnærming. Ergoterapeutene i studien anvender ulike tilnærminger i behandling av apraksi basert på helbredende- og kompensierende metoder for å øke selvstendighet og delaktighet i hverdagslige aktiviteter. Terapeutisk guiding, demonstrasjon, muntlig instruksjon, eliminering av språk, bruk av sjekklister i form av ord eller bilder og bruk av prinsipper fra feilfri lærings metoden, er blant metodene ergoterapeutene anvender i behandling av apraksi.

Nøkkelord: Apraksi, hjerneslag, ergoterapi, rehabilitering, behandlingstilnærminger.

Summary

Background: Apraxia is a common occurrence after a stroke. It affects the cognitive ability to complete basic everyday activities. The existing research on treatment and prognosis is limited. Occupational therapists are the ones who, for the most part, are involved in the rehabilitation regarding patients with apraxia, but interventions for practice is sparsely illuminated.

Purpose: The aim of this study is to increase the knowledge about the occupational therapists' experiences, reasonings and approaches in treatment of patients with apraxia.

Method: This study has a qualitative design. It uses semi-structured interviews and a thematic analytical approach.

Results and conclusion: This study shows that occupational therapists primarily base their own professional practice in treatment of apraxia based on clinical experience and reasoning. The study also shows that the patient's preferences, resources and needs are also very decisive when it comes to selecting an approach. The occupational therapists in the study implement different approaches to the treatment of apraxia based on remedial and adaptive functional approaches to increase independency and involvement in everyday activities. Therapeutic guiding, demonstration, oral instruction, elimination of language, use of checklists in form of words or pictures, and the use of principles from the errorless learning method, is amongst the methods that occupational therapists use in the treatment of apraxia.

Keyword: Apraxia, stroke, occupational therapy, rehabilitation, treatment approaches.

1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	9
1.2 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	12
1.3 MASTEROPPGAVENS STRUKTUR	12
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	14
2.1. APRAKSI	14
2.2 ERGOTERAPI OG APRAKSI	16
2.3 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	17
2.4 PROFESJONSUTØVELSE, FAGLIG SKJØNN OG KLINISK RESONNERING	19
3.0 METODE	22
3.1 METODISK TILNÆRMING	22
3.2 UTVALG	22
3.3 REKRUTTERING	23
3.4 DATAINNSAMLING	23
3.5 ANALYSE AV DATA	24
3.6 METODEDISKUSJON	26
3.6.1 Valg av metode.....	26
3.6.2 Rekruttering og utvalg.....	26
3.6.3 Datainnsamling.....	26
3.6.4 Tolkning og analyse	27
3.7 ANDRE METODISKE OVERVEIELSER	28
3.7.1 Forskerens forforståelse og nærhet til forskningsfeltet.....	28
3.7.2 Etske betraktninger.....	29
4.0 RESULTAT	31
4.1 ”DE SKAL IKKE HA FOR MYE HJELP, OG HELLER IKKE FOR LITE HJELP”	31
4.2 ”VISE DEM RIKTIG MÅTE Å GJØRE DET PÅ”	33
4.3 ”Å GJØRE TING LIKT”	36
4.4 ”TENKE AT EN SKAL LEGGE TIL RETTE FOR MESTRING I ALT EN GJØR”	37
4.5 ERGOTERAPEUTERS REFLEKSJON OVER EGEN PRAKSIS	39
4.6 OPPSUMMERING AV HOVEDFUNNENE I RESULTATET	40
5.0 DRØFTING	41
5.1 HVORDAN ARBEIDER ERGOTERAPEUTER MED PASIENTER SOM HAR APRAKSI?	41
5.1.1 Utgangspunkt for valgt av tilnærming	43
5.1.2 Ergoterapeuters tilnærming i behandling.....	45
6.0 KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER	47
6.1 AVSLUTTENDE KOMMENTARER	47
7.0 REFERANSER	48
VEDLEGG	53
VEDLEGG 1 - INTERVJUGUIDE	53
VEDLEGG 2 - INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	57
VEDLEGG 3 – NSD MELDESKJEMA	59
VEDLEGG 4 – NSD SVAR PÅ ENDRINGSMELDING	62

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I den vestlige verden utgjør hjerneslag en av hovedårsakene til alvorlig funksjonsnedsettelse, hvor forstyrrelser i kognitiv/perseptuell evne, som apraksi, ofte er en del av bildet (Ellekjær & Selmer, 2007, s. 740; Helsedirektoratet, 2017, s. 193). En norsk studie viser at hver 6. – 7. nordmann vil oppleve å få hjerneslag i løpet av livet, noe som anslår at mellom 13 000 -15 000 personer årlig rammes av hjerneslag (Ellekjær, Holmen, Indredavik & Terent, 1997, s. 2182-2183). Et hjerneslag kan medføre dysfunksjoner i både kognitive/perseptuelle, motoriske og sensoriske systemer i sentralnervesystemet, og medfører ofte endret forutsetning for funksjon og bevegelse som vil være av betydning for evnen til å utføre grunnleggende aktiviteter i dagliglivet. Nyere fremskritt innen nevrovitenskap har vist at det voksne sentralnervesystemet har betydelig kapasitet for nevralt reorganisering, både et friskt og et skadet sentralnervesystem, noe som har bidratt til økt fokus på rehabilitering og gjenvinning av funksjon etter hjerneslag (Dietrichs, 2007, s. 1228-1231; Brodal, 2013, s. 173).

Tverrfaglig rehabilitering vektlegges som utslagsgivende for gode rehabiliteringsresultater (Fjærtøft & Indredavik, 2007, s. 442). Ergoterapeuter spiller en sentral rolle i det tverrfaglige teamet og oppfølging av pasienter med kognitive/perseptuelle utfall. Terminologien i forhold til kognitive/perseptuelle forstyrrelser etter hjerneslag er lite konsistent og ofte forvirrende, og mange av pasientene har blandingssymptomer og overgangsformer som gjør at kognitive/perseptuelle forstyrrelser kan fremstå som ”diffuse”. Kunnskap om kognitive/perseptuelle utfall, samt strategier rettet mot å forbedre kognitiv/perseptuell kapasitet er begrenset i både forskning og praksis (Gillen & Rubio, 2016, s.612; Wyller & Sveen, 2002, s. 627- 628).

Apraksi beskrives i litteraturen som en nevrologisk tilstand i tap av evnen til å utføre innlærte bevegelsesmønstre, selv om den rammede er i fysisk stand til å utføre bevegelsen. Funksjonelt fører slike utfall til nedsatt evne til å planlegge og utføre målrettede bevegelser (Jackson & Wolff, 2010. s. 152). Apraksi synes videre å bidra til feil eller usikker bruk av hendene hvor bevegelsen kan oppleves klossete, og det vil være utfordringer med å manipulere gjenstander og tilpasse grepet etter oppgavens behov (Wyller & Sveen, 2002, s. 628). Studier viser til at apraktiske vansker fører med seg store innvirkninger på selvstendig utførelse og funksjon i dagliglivets aktiviteter (van Haugten, Dekker, Deelman, van Dijk, 2000, s. 410), og det bør

dermed tilbys rehabilitering med mål for å gjenopprette selvstendighet i daglige aktiviteter (Donkervoort, Dekker, Stehmann-Saris & Deelman, 2001, s. 564).

Ikke- språklige kognitive og perseptuelle utfall etter hjerneslag er mindre påaktet enn motoriske og sensoriske utfall. Likevel regnes kognitive/perseptuelle symptomer som en svært vanlig følgetilstand og forekommer hyppig i både akutfasen og som sekvele, hvor apraksi regnes som en av de hyppigste kognitive/perseptuelle funksjonsutfall. Prevalensen av ikke- språklige kognitive/perseptuelle utfall etter hjerneslag er høy, fra 50% og høyere, hvor vedvarende redusert kognitiv/perseptuell funksjon ses hos en av fire av pasientene (Wyller & Sveen, 2002, s. 627). Det er vanskelig å komme med eksakte tall på forekomst av kognitiv/perseptuelle utfall, da symptomene på flere av utfallene blir betegnet som ”usynlige”, og en frykter dermed at det skjer en underrapportering av kognitive/perseptuelle utfall etter hjerneslag (Wyller & Sveen, 2002, s. 630). Til tross for at apraksi er en av de hyppigste kognitive/perseptuelle funksjonsutfallene etter hjerneslag er ikke den eksakte forekomsten kjent (Zwinkels, Geusgens, van de Sande & van Heugten, 2004, s. 820). En studie av Donkervoort et.al. (2000, s. 131) finner at omlag 30% av de som får slag i venstre hemisfære erfarer apraktiske vansker, mens en nyere studie av Zwinkels et al. (2004, s. 824) viser til at forekomsten av apraksi i venstre hemisfære er høyere enn 50% og 20% for de som får hjerneslag i høyre hemisfære.

Interessen for tematikken, hjerneslag og apraksi, er fra egen klinisk praksis. Etter noen års erfaring fra slagrehabilitering ved en kommunal rehabiliteringsavdeling har jeg som ergoterapeut møtt mange pasienter med kognitive/perseptuelle utfall som apraksi. I behandling med disse pasientene har jeg ofte hatt følelsen av å komme til kort. Som relativt nyutdannet ergoterapeut har jeg selv blitt stående like fortvilet i møte med apraksirammede som pasientene selv. Fortvilelse for hvordan jeg som ergoterapeut skal gå frem for å få pasientene på ”rett spor” igjen, når pasientene blir fortvilet over at de for eksempel ikke klarer å få smøret på brødsleven med kniven eller når tannbørsten plutselig blir til en hårbørste selv om pasientene godt vet at det ikke er der den skal brukes. Dette er klassiske eksempler på situasjoner som gjør håndteringen av dagliglivets aktiviteter utfordrende for pasienter som er rammet av apraksi – og det er her de mer eller mindre er avhengig av gode terapeutiske tilnærminger for å mestre fundamentale ferdigheter igjen.

Tatt i betraktning at omlag 30- 50% av de som får hjerneslag i venstre hjernehalvdel opplever apraktiske vansker (Donkervoort et. al., 2000, s. 131; Zwinkels et. al., 2004, s. 824), anses litteratur om behandling og prognose som begrenset. Etter et omfattende litteratursøk i ulike databaser som Medline (PudMed), Oria og OTseeker ved bruk av søkeordene "Apraxia" and "Rehabilitation" or "Treatment" or "Interventions" or "Retraining" identifiseres et fåtall randomiserte kontrollerte studier som undersøkte behandlingsintervensjoner ved apraksi (Donkervoort et al., 2001; Smania, Girardi, Domenicali, Lora & Aglioti, 2000; Smania, Aglioti, Girardi, Tinazzi, Fiaschi, Cosentino, & Corato, 2006; Edmans, Webster & Lincoln, 2000). Utover dette er det utført noen randomisert utforskende studier (van Heugten, 2001; Geusgens, van Heugten, Donkervoort, van den Ende, Jolles & van den Heuvel, 2004; Goldenberg & Hagmann, 1998; Goldenberg, Daumuller & Hagmann, 2001), samt noen nyere oversiktsartikler (Cicerone et al., 2005; West, Brown & Vail, 2008; Cantagallo, Maini & Rumiati, 2011; Dovern, Fink & Weiss, 2012; Worthington, 2016) som tar for seg en samlet oversikt over behandlingsstrategier ved apraksi. Med bakgrunn i litteratursøk, samt de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017) er det funnet relativt få studier som ser på behandlingsstrategier ved apraksi. Blant intervensjonene som er studert er strategitrening, gestetrening (bevegelsestrening), treningsoverført trening, direkte trening, eksplorativ trening, samt funksjonelle tilnærminger og oppgave- orientert trening definert (Donkervoort et al., 2001; Smania et al., 2000, 2006, Edmans et al., 2000; Goldenberg & Hagmann, 1998; Goldenberg et al., 2001; Helsedirektoratet, 2017). For samtlige av studiene konkluderes det lmed at det ikke finnes tilstrekkelig evidens for å støtte eller motbevise effekt av spesifikke terapeutiske intervensjoner rettet mot behandling av apraktiske vansker etter hjerneslag (West, Brown , Hesketh, Vail, 2008, s. 7; Dovern, Fink, Weiss, 2012, s. 1281).

Behovet for å utvikle kunnskapsgrunnlaget for behandling av apraktiske vansker synes dermed å være tilstede. Dette også med tanke på føringene som kom med samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) om at helsetjenester må ha et ytterligere fokus på å møte pasientene på en bedre måte. Videre vektlegges det at tjenestene må ytes med bedre kvalitet og være basert på kunnskapsbasert tilnærminger for å kunne møte fremtidens tjenestebehov.

Med bakgrunn i at forskningen er begrenset og at tilgjengelige studier på området i liten grad viser til klar evidens vil det være interessant å se nærmere på hva ergoterapeuter i klinisk

praksis vektlegger og foretar seg i behandling for personer som har apraktiske vansker som utfordrer deres selvstendighet i daglige aktiviteter.

1.2 Tidligere forskning

I det følgende redegjøres det for forskning som ser på effekt av behandlingsstrategier for apraksi. Som tidligere nevnt er det så langt forsker er kjent med kun gjennomført fire randomiserte kontrollerte studier. De fire studiene presenteres. I tillegg synliggjøres nasjonale retningslinjer for behandling av apraksi.

Donkervoort (2001) med kollegaer gjennomførte en randomisert kontrollert studie hvor de så på effekten av et standardisert ergoterapeutisk behandlingsprogram for hjerneslagpasienter, utviklet av van Heugten (1998), som baserer seg på å innlære av strategier for å kompensere for apraksi utfall. Formålet med studien var å undersøke om bruk av strategitrening integrert i vanlig ergoterapi kunne bedre ADL-ferdigheter enn ordinær ergoterapi alene. I alt 113 pasienter med apraksi ble inkludert i studien og fordelt i hver av gruppene. Gruppen som mottok trening i kompenserende teknikker hadde i alt 19 timer med ergoterapi, mens gruppen som mottok ordinær ergoterapi hadde et gjennomsnitt på 15 timer ergoterapi – i en periode på åtte uker. For gruppen som mottok ordinær ergoterapi var fokuset på kognitiv/perseptuell og sensomotoriske trening med mål om å bedre funksjon i ADL-oppgaver. Den kompenserende gruppen mottok også ordinære ergoterapeutiske tiltak slik kontrollgruppen gjorde, i tillegg til at de fikk strategiopplæring. Strategiopplæringen besto av å gradvis lære pasientene strategier for å kompensere for apraktiske vansker under utførelse av aktivitet. Strategiopplæringen besto av å gradvis lære inn strategier ved at ergoterapeuten gir ulike former for støtte gjennom å stille spørsmål til utførelse eller ved å demonstrere, vise bilder eller trinnvis tekst. Studien til Donkervoort et al. (2001) viste til at gruppen som mottok strategitrening i tillegg til ordinær ergoterapi hadde en signifikant bedring i aktivitetsferdigheter sammenlignet med gruppen som bare fikk ordinær ergoterapi. Etter fem måneders oppfølgingskontroll ble det ikke påvist forskjell mellom behandlingsgruppene. Forfatterne i studien hevder at dette kan skyldes at den vanlige behandlingsgruppen fortsatt mottok ergoterapi i perioden frem mot oppfølgingskontroll og at de trengte mer ergoterapi for å oppnå et tilsvarende forbedringsnivå i ADL-funksjoner sammenlignet med gruppen som mottok strategitrening. Forfatterne i studien konkludert med at strategitrening har en liten til middels effekt på ADL-funksjoner, men at det trengs mer forskning på langtidseffekten av strategiopplæring.

To andre randomisert kontrollerte studier gjort av Smania et al., (2000; 2006) har undersøkt en annen intervensjon for behandling av apraksi bestående av gest/bevegelsestrening - øvelser for å re- innlære ulike bevegelser igjen. Det er en trinnvis tilnærming hvor hensikten baserer seg på at den apraksirammede skal trenge mindre og mindre støtte fra ergoterapeut. I første fase av intervensjonen fikk pasientene utdelt ulike redskaper og ble vist hensiktsmessig bruk av redskapene. I fase to fikk pasientene se bilder av ulike redskaper og hvordan redskapene kunne brukes, for eksempel bilde av en dame som tar en skje opp til munnen. Videre skulle pasientene imitere handlingen som vist på bildene. I siste fase skulle pasientene etterligne meningsløse bevegelser som tidligere ble vist på bilder. Hensikten var å undersøke om pasientene klarte å overføre bevegelsene som ble lært i de to første fasene. Resultatene i studien viste til at pasientene hadde noe bedring i deres evne til å utføre bevegelser og forstå bruken av ulike redskaper. I den siste studien til Smania et al., (2006) sammenlignet de effekten mot en kontrollgruppe og observerte at de som fikk gest/bevegelsestrening ble mer selvstendig i utførelsen av daglige aktiviteter enn gruppen som ikke fikk denne intervensjonen. Studiene til Smania et al., (2000; 2006) viste også til positive resultater etter to måneder, selv om de ikke kunne vise til utstående signifikant bedringer ved bruk av denne intervensjonen.

I en randomisert kontrollert studie gjennomført av Edmans (2000), ble det undersøkt om treningsoverført trening eller funksjonell trening til perseptuelle problemer kan gi bedring i perseptuelle evne eller funksjonell evne. Den funksjonelle tilnærmingen gikk ut på å repetere og trene på dagligdagse aktiviteter for å gjøre pasienten mer selvstendig i daglige aktiviteter, og fokuserte på utførelse fremfor å behandle årsaken til utfordringene. Mens den treningsoverførte treningen baserte seg på spesifikk funksjonstrening med mål om å rette opp årsaken til utfordringen for så å se om det kan overføres til bedring i utførelsen av funksjonelle aktiviteter. Pasientene i begge gruppene viste til en forbedring i kognitiv/perseptuelle evner. Ingen signifikant forskjell ble funnet i mengden forbedring etter seks ukers behandling mellom treningsoverført trening og en funksjonell tilnærming. Forfatteren i studien viser til at de grunnleggende strategiene som ble brukt i behandlingen var likt for begge gruppene, og antyder at det kan være valg av strategiene som ble brukt i behandling som hadde mer effekt enn tilnærmingene til selve behandlingen. Det ses noen begrensinger til studien siden studien kun er testet ut på ni pasienter med apraksi. Forfatteren i studien presenterer heller ikke detaljer om hvordan behandlingen i intervensjonen skal utføres, så denne type behandling vil dermed ha liten klinisk verdi. Det presenteres at detaljer

rundt utførelsen av intervensjonen skal komme i en senere rapport, men så langt forsker er kjent med er ikke rapporten kommet ut.

Goldenberg og Hagmann (1998; 2001) har utforsket to andre terapeutiske tilnærminger for behandling av apraksi, direkte trening og utforskende trening. Tilnærmingen direkte trening bygger på prinsipper fra feilfri læring – ikke prøve og feile, men lære seg ting riktig med en gang. Tilnærmingen tok sikte på å minimere feil i utføre av daglige aktiviteter med støtte fra ergoterapeut, hvor ergoterapeuten gradvis reduserte sin støtte når pasientene mestrer handlingen selv. Støtten fra ergoterapeut besto av følgende – terapeutisk føring av pasientens hånd i vanskelige handlinger og/eller ved at terapeut demonstrerer eller utførte en handling samtidig med pasient, hvor pasienten kopierte etter terapeut. Intervensjonen besto også av å gjenta og repetere vanskelige handlinger om og om igjen. Den utforskende tilnærmingen tok utgangspunkt i å lære pasienten å forstå bruken av forskjellige redskaper gjennom å analysere redskapenes struktur og form. Objektene som skulle brukes i en aktivitet ble utforsket, men aktiviteten i seg selv ble ikke utført. Forklaring av objektenes funksjonalitet ble gitt muntlig av ergoterapeut støttet av peking og bevegelsesbruk. I den første studien til Goldenberg og Hagmann (1998) undersøker de bruk av begge tilnærmingene samlet i behandling av apraksi, og kunne vise til resultater som indikerer på bedring i utførelsen på de trente aktivitetene, men ingen bedring i utførelse av aktiviteter som de ikke hadde trent på i behandlingen. I tillegg stilles det spørsmålsteget til studiens gyldighet, da kun halvparten av pasientene som var med i studien ble evaluert ved avslutningen av studien. I en oppfølgende studie gjort av Goldenberg, Daumuller & Hagmann (2001) sammenlignet de effekten av begge tilnærmingene, og konkluderte med at intervensjonen direkte trening viste positive resultater i utførelsen av daglige aktiviteter, mens bruk av intervensjonen utforskende trening hadde ingen effekt. Her ble det konkludert med at bedringene kun gjaldt i de trente aktivitetene.

I 2010 kom de første nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag med mål om å gi evidensbaserte forskning for klinisk praksis i slagrehabilitering.

Retningslinjene ble evaluert og revider på nytt i 2017. De nasjonale retningslinjene er ikke lovmessig bindende, men ment å være normgivende og faglig styrende for de valg som skal tas, samt sikre god faglig kvalitet og uønsket variasjon i tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2017). Retningslinjene for behandling og rehabilitering som omhandler apraksi og andre kognitive vansker inneholder begrensede anbefalinger og få klare retningslinjer for praksis. Det fremheves at det finnes lite dokumentasjon for at behandling og trening kan føre til

gjenvinning av kognitiv evne etter hjerneslag, men at kognitiv stimulering likevel betraktes som en viktig del av rehabiliteringen etter hjerneslag. Det legges lite føringer for hvordan rehabilitering av apraktiske utfordringer kan behandles. En svak anbefaling mot bruk av kompensierende tiltak, som strategitrening i tillegg til generell ergoterapeutisk stimulering og bruk av oppgaveorientert trening med mål om å bedre utførelsen i daglige aktiviteter for personer med apraksi fremheves.

For samtlige av studiene konkluderes det med at det ikke finnes tilstrekkelig evidens for å støtte eller motbevise effekt av spesifikke terapeutiske intervensjoner rettet mot behandling av apraktiske vansker etter hjerneslag (West, et al., 2008, s. 7; Doern, et al., 2012, s. 1281). Studiene til Donkervoort et al. (2001), Smania et al., (2000, 2006) og Goldenberg & Hagmann (1998) viser til positive resultater for at pasienter med apraksi kan bedre sine ferdigheter i daglige aktiviteter med ergoterapirettet behandling som strategitrening, gestetrening og direkte trening, men at det ikke finnes gode signifikante kvalitetsstudier som kan gi anbefalinger for hvordan behandling av apraksi etter hjerneslag bør foregå i praksisutøvelse.

Samlet kan ingen av studiene kan vise til behandlingsintervensjoner med tilstrekkelige resultater for bedring av apraktiske vansker, noe som viser nødvendigheten for å se nærmere på behandlings tilnærminger for pasienter med apraktiske vansker som følge av hjerneslag.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Målgruppen for studien er i hovedsak ergoterapeuter som arbeider innen slagrehabilitering, og et ønske er at studiens resultater skal kunne få betydning for hvordan ergoterapeuter utøver sin praksis. Hensikten med denne studien er å belyse ergoterapi ved behandling av pasienter med apraktiske utfall, i tidlig fase etter hjerneslag. Gjennom å dokumentere og analysere hva ergoterapeuter gjør, hvordan de legger opp behandlingen og hvordan de anvender egen kunnskapsgrunnlag, er intensjonen å utvikle økt kunnskap om ergoterapeuters tilnærminger ved apraksi. Problemstillingen for denne studien er følgende: *Hvordan resonnerer og tilnærmer ergoterapeuter seg i rehabilitering med pasienter med apraksi?*

1.3 Masteroppgavens struktur

Masteroppgaven er organisert i seks kapitler. Nå som oppgavens tema, formål og eksisterende forskning på feltet er presentert. Vil det i oppgavens andre kapittel bli presentert et inngående

overblikk over oppgavens tematikk og aspekter. Her vil det bli gått i dybden på fenomenet apraksi og dens konsekvenser, samt et overordnet blikk på ergoterapeutens rolle innen slagrehabilitering relatert til apraksi. I tillegg vil det i kapittel to belyses teori som skal bidra til å forstå ergoterapeutenes fagutøvelse og som danner grunnlag for oppgavens videre analyse. I kapittel tre presenteres de metodiske fremgangsmåtene ved innhenting av studiets materiale, samt diskusjon rundt etiske og metodiske overveielser som forsker har møtt på i forskningsperioden. I oppgavens fjerde kapittel kommer en fremstilling av materialet som er opparbeidet gjennom analysen og de funnene som er gjort. I kapittel fem diskuteres studiens funn i lys av oppgavens analytiske perspektiver, utfyllende teori og tidligere forskning. Avslutningsvis, i kapittel seks, sammenfattes studiens hovedinnhold og funn, samt tanker om videre forskning til området.

Ettersom studien er rettet mot fagutøvelse innen ergoterapi for apraksirammede, vil det dermed bli brukt språk og faguttrykk som forutsettes kjent for faggruppen.

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet presenteres forståelser og teori som bakteppe for videre drøfting av empirien i denne studien. Først presenteres teori om apraksi og hvordan ergoterapeuters fagutøvelse kan forstås innen rehabilitering og behandling ved apraksi. Teori om kunnskapsbasert praksis, samt teori om faglig skjønn og resonnering i klinisk praksis blir så presentert, da de representerer perspektiver for å forstå ergoterapeuter fagutøvelser og handlinger i praksis.

2.1. Apraksi

Apraksi benevnes som en samlebetegnelse for manglende evne til å planlegge og utføre viljestyrte og målrettede handlinger som ikke er forårsaket av lammelser, koordinasjonsforstyrrelser, sensibilitetstap eller andre nevrologiske tilstander i bevegelsesapparatet (Jackson & Wolff, 2010. s. 152).

Årsaken til apraksi skyldes hjerneslag enten i form av en blødning i hjernens blodårer eller en blodpropp i hjernen (Ellekjær, Holmen, Inderadvik & Terent, 1997, s. 2182; Ellekjær & Selmer, 2007, s. 741). Hjerneslag, og dermed også apraksi kan ramme alle mennesker uansett alder, men er likevel en sykdom som oftest rammer eldre mennesker fra 65 år og oppover (Fjærtøft & Indreadvik, 2007, s. 442). Kunnskap om prevalens på forekomst av apraksi er noe begrenset, men ulike studier konkluderer med at apraksi oppstår hos en tredjedel av de som får skader i venstre hjernehalvdel (Donkervoort et al., 2000 s.131; Van Heugten, 2001, s. 177). Forskning viser til at apraksi også kan forekomme ved skade i høyre hjernehalvdel, men at det er et lite utforsket område og mindre vanlig (Donkervoort et.al., 2000, s. 131).

De ulike områdene i hjernen ivaretar ulike funksjoner, og symptomene som oppstår ved hjerneslag er derfor avhengig av hvilket område og side av hjernen som blir rammet, samt at alvorlighetsgraden på hjerneslaget vil ha betydning for mulige utfall. I de fleste tilfeller oppstår som nevnt apraksi ved skade i venstre hjernehalvdel (Donkervoort et. al., 2000 s.131; Van Heugten, 2001, s. 177), og i følge Gammeltoft (2009, s. 67) ligger funksjonene som styrer planlegging og utførelse av bevisste motoriske handlinger i den prefrontale delen av venstre hjernehalvdel, og en skade i dette området av hjernen kan forårsake apraksi. Evnen til å oppfatte og uttrykke språk styres i samme område som motoriske handlinger, noe som resulterer i at språklige utfordringer oftest ses sammen med apraksi, og i flere tilfeller kan forveksles med apraksi.

Klinisk kan apraksi gi ulike utfordringer og vise seg på ulike måter. I faglitteraturen skilles det primært mellom to klassiske former for apraksi; Ideasjonell apraksi og ideomotorisk apraksi. Ideasjonell apraksi defineres av van Haugten og Geusgens (2009, s. 242) som manglende evne til å sette sammen mentale prosesser som er involvert når en skal utføre en handling. Den grunnleggende ideen for hvordan en motorisk handling skal gjennomføres mangler, noe som gjør at en person med ideasjonell apraksi ikke vet hva de skal gjøre i en gitt aktivitet. Ved ideasjonell apraksi kan handlingene i en aktivitet skje i feil rekkefølge eller deler av en aktivitet kan utelates. Personer med ideasjonell apraksi vil også kunne ha problemer med å vite hvordan ulike redskaper skal brukes, og feilaktig bruk av redskaper kan ses. I praksis kan dette innebære at personen for eksempel ikke vet hva en vaskeklut skal brukes til eller tar i bruk tannbørsten for å gre håret sitt eller at buksen blir tredd over hodet i stede for over beina (van Haugten & Geusgens, 2009, s. 242; Gammeltoft, 2011, s. 88).

Ideomotorisk apraksi regnes som den mest vanlige formen for apraksi og defineres av Van Haugten og Geusgens (2009, s. 241) som en tilstand som påvirker evnen til å planlegge og utføre målbevisste og komplekse motoriske handlinger. Et sentralt trekk ved ideomotorisk apraksi er at personene har en klar ide for hva de skal gjøre eller hva et redskap skal brukes til, men klarer likevel ikke å få kroppen til å utføre en velkoordinert og korrekt handling. I praksis kan dette vise seg i at de ikke klarer å reise seg på kommando eller finne ut hvordan de skal klare å få hånden i ermet på genseren. Det karakteristiske uttrykket ved ideomotorisk apraksi er at bevegelsene i handlingen utføres langsomt, upresis og klossete. Problemer med å justere grep og tilpasse seg redskaper er også vanlig. Dette kan vise seg i at de ikke klarer å snu hånden for å skifte grep når de pusser tennene og at det brukes for mye håndkraft i forhold til det handlingen tilsier. Andre typiske trekk ved motorisk apraksi er bruk av kroppsdeler som redskaper, for eksempel kan en finger bli brukt til å pusse tennene med (van Haugten & Gausgens, 2009, s. 241; Gammeltoft, 2011, s. 90, 92).

Flere studier viser til at apraksi får store innvirkninger på det å klare seg selv i dagliglivets aktiviteter. I en litteraturgjennomgang finner Van Haugten (2000, s. 178) at apraktiske vansker knyttet til ADL- funksjon i flere tilfeller kan bedres over tid med rehabilitering. En av studiene som ble gjennomgått viste til at 13 av 26 apraksirammede hadde bedring i apraktiske symptomer. Nøyaktig hva endringene består i er noe uklart og det vises til at det mangler tilstrekkelig empiriske bevis for å kunne si noe konkret om hva endringene består i og hva som bidrar til endringene. Det vises videre til at en spontan bedring av apraktiske vansker kan

forekomme innenfor de første ukene etter skaden, men at apraktiske vansker oftest er vedvarende og rehabilitering med mål om mestring av daglige aktiviteter bør vektlegges (Van Haugten, 2000, s. 178).

2.2 Ergoterapi og apraksi

Ergoterapi handler om å muliggjøre aktivitet og deltakelse gjennom aktivitet (Borg, Brandt, Madsen, Runge & Tjørnov, 2010, s. 18) og har en viktig rolle i slagrehabilitering for oppfølging av personer som har vansker med å gjennomføre daglige funksjonelle aktiviteter og som har kognitive vansker som følge av hjerneslag (Jackson & Wolff, 2010, s. 144). Som nevnt tidligere er en sentral del av rehabilitering for personer med apraksi rettet mot selvstendighet i dagliglivet (Donkervoort et al., 2001, s. 564). Ergoterapeuters fagutøvelse innen slagrehabilitering retter seg primært mot aktivitet- og deltakelsesbegrensninger, og baserer seg på bruk av ulike helbredende tilnærminger (the remedial approach) og kompenserende/funksjonelle tilnærminger (the adaptive functional approach) (Ivey & Mew, 2010, s. 36-37; Gillen & Rubio, 2016, s. 613- 615). Helbredende tilnærminger bygger på antagelsen om at hjernen er plastisk og kan reparere og omorganisere seg selv etter skade. Terapeutiske intervensjoner innen et slikt spekter omhandler direkte og spesifikke behandlingsstrategier med mål om gjenoppretting av funksjon som er gått tapt på grunn av hjerneslaget, med sikte om at pasienten senere vil forbedre sin utførelse i aktivitet. Mer kompenserende/funksjonelle tilnærminger blir oftest brukt når det ikke vil være mulig eller når det vil være lite sannsynlighet for at pasienten vil kunne bedre sine tapte funksjoner etter et hjerneslag. Det sentrale ved denne tilnærmingen er å trene inn nye strategier for å fungere i hverdagens aktiviteter på tross av dysfunksjoner etter hjerneslag, og trening i funksjonell ytelse (Gillen & Rubins, 2016, s. 613 – 615). Siden det er vanskelig å kunne forutsi gjenopprettingspotensiale etter hjerneslag, spesielt i forhold til apraksi og kognitive/perseptuelle utfall, støtter ergoterapeuter seg ofte til en kombinasjon i bruken av helbredende- og kompenserende/funksjonelle behandlingsstrategier. I tidlig fase vil det være mer vanlig for ergoterapeuter å ha fokus på helbredende tilnærminger med mål om bedring av funksjon, for så å gå over til trening i kompenserende/funksjonelle teknikker for å lære seg å tilpasse seg aktivitetsbegrensningene (Ivey & Mew, 2010, s. 36).

Det er i litteraturen stor enighet om at intensiv, repeterende, målrettet, funksjonell og kompenserende trening er elementer som synes å ha effekt i behandling av apraktiske vansker for bedring av funksjonell ytelse uavhengig av hvilket konsept som anvendes (Jackson &

Wolff, 2010 s. 155; van Haugten, 2001, s. 182; Helsedirektoratet, 2017). Betydningen av å trene på innlæring av funksjonelle aktiviteter i naturlige settinger fremheves (van Haugten, 2001, s. 182).

2.3 Kunnskapsbasert praksis

I det norske helsevesenet står kunnskapsbasert praksis sentralt (Solvang & Slettebø, 2012, s. 19). Helse- og omsorgstjenesten og alle helsepersonell er gjennom lover forpliktet til å yte forsvarlig helsehjelp, jmfør Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §4-1), Helsepersonelloven (1999, § 4), og for å kunne utøve en god helse- og omsorgstjeneste er tjenestene avhengig av å benytte seg av tilgjengelig kunnskap og erfaring, og samtidig ta i bruk ny kunnskap innen de spesifikke fagområdene (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Sentrale aktører i implementering og utøvelse av kunnskapsbasert praksis, fremstiller kunnskapsbasert praksis som det å ”ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon” (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007, s. 15).

Kunnskapsbasert praksis stammer fra det internasjonale begrepet *Evidence Based Practice* (Jamtvedt & Nortvedt, 2008, s. 10). *Evidence based practice*, har sitt opphav i evidensbevegelsen som trådte fram i Amerika tilbake til 1930- 1940 årene, hvor de begynte å eksperimentere med randomiserte kontrollerte forsøk for å undersøke effekt av medisiner og medisinske behandlinger. Senere på 1970-tallet kritiserte lege Archie Cochrane en rekke medisiner for å utføre ineffektive og til tider skadelige behandlinger fordi de etter hans mening ikke utøvet klinisk praksis på en systematisk måte. Som et resultat av dette etablerte evidensbevegelsen på 1990-tallet et internasjonalt forskningssamarbeid kalt Cochrane-samarbeidet for å produsere evidens og gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendelig for klinikere. Som et resultat av dette ble arbeidsmetoden og begrepet som *evidence-based practice* etablert (Hansen & Rieper, 2009, s. 22). Evidenstenkingen kom sterk på agendaen i Norge når Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, også omtalt som kunnskapssenteret, ble etablert i 2004. Formålet bak opprettelsen av kunnskapssenteret var å gi ulike helsetjenester oversikt over oppdatert forskning innen medisin og helse (Hansen & Rieper, 2009, s. 25). Arbeidsgruppen ved kunnskapssenteret utarbeidet begrepet kunnskapsbasert praksis som en arbeidsmodell for å styrke fagpersoner i helse- og sosialsektoren i å ta systematiske og håndfaste beslutninger i møte med brukere. Tanket bak er blant annet at fagutøvere skal være bevist på å ta i bruk ulike kunnskapskilder i faglige

beslutninger, og ved å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra egen praksis og pasientens kunnskap om egen tilstand og behov sammen vil bedre helsetjenestene brukerne mottar. På denne måten kan kunnskapsbasert praksis være ment som en kvalitetssikring av helsetjenestene i Norge (Kunnskapssenteret, 2012).

Kunnskapssenteret illustrerer kunnskapsbasert praksis ved hjelp av en modell bestående av tre elementer: Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap i en kontekst (Nortvedt, et al., 2007, s. 14). Å bygge fagutøvelse på forskningsbasert kunnskap vil si å søke etter og ta i bruk systematisk kunnskap som skal forklare årsaksforhold og fenomener, gi økt forståelse for pasientens erfaringer og opplevelser, og som kan beskrive forekomst av en tilstand eller anslå effekt av tiltak (Nortvedt, et al., 2007, s.15). Innhenting og bruk av forskningsbasert kunnskap er ment å skulle være en veiviser for valg i utøvelsen av praktisk og klinisk fagutøvelse (Nortvedt, et al., 2007, s.16). Det legges vekt på at alle tiltak bør basere seg på forskningsbasert kunnskap. Viktigheten av å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i fagutøvelse fremheves for kvalitetssikring av helsetjeneste samtidig som det sies at forskningsbasert kunnskap alene ikke kan være grunnlaget for valg av tiltak (Nortvedt, et al., 2007, s. 14; Jamtvedt & Nortvedt, 2008, s. 12). Å inneha klinisk erfaring blir regnet som vesentlig for å kunne identifisere og integrere forskningsevidens (Rønnestad, 2009, s. 43). Elementet erfaringsbasert kunnskap i kunnskapsbasert praksis knyttes til den læringen man erverver seg gjennom å praktisere og reflektere over eget yrkespraksis. Videre hvordan fagpersoner kan vurdere og bruke innhentet forskningskunnskap i lys av sine erfaringer i møte med hver enkelt bruker (Nortvedt, et al., 2007, s. 16). Erfaringsbasert kunnskap går videre ut på å kunne resonnerer seg fram til hva en har erfart i lignende situasjoner og vurdere hva den enkelte brukers egenskaper og funksjonsproblematikk har å si for utfallet i dette tilfellet, og vurdere om aktuell behandling vil passe til akkurat denne brukeren (Jamtvedt & Nortvedt, 2008, s. 12). Den erfaringsbaserte kunnskapen regnes som faglig skjønn, taus kunnskap og klinisk ekspertise som hver enkelt fagpersoner innehar for å utøve god praksis (Nortvedt, et al., 2007, s. 16). Videre fremstilles betydningen av kunnskap om pasienten som førende hvor hvordan klinisk ekspertise praktiserer samt at pasientens preferanser vil være vesentlig i beslutningsprosessen for vurdering av forskningsbaserte tiltak (Rønnestad, 2009, s. 44). Bruerkunnskap regnes som en av tre hovedelementer i kunnskapsbasert praksis - det er brukerne som er ekspert på eget liv og brukernes ønsker og behov i den gitte situasjon skal i følge arbeidsmodellen imøtekommes og vektlegges når beslutninger om dem skal tas. Her peker modellens retningslinjer på at det er fagutøverne som må invitere brukerne til å bidra

med sin kunnskap (Nortvedt, et al., 2007, s. 16- 17). Kontekstens betydning står sentralt i kunnskapsbasert arbeidsmodell. Viten om individuelle forskjeller, kultur, utviklingsforståelse, ressurser, preferanser og grad av sosial støtte med mer blir sett på som faktorer som vil bidra til mer effektive tjenester og ivaretagelse av brukerens medvirkning til eget liv (Nortvedt, et al., 2007, s. 17; Rønnestad, 2009, s. 44).

Kunnskapsbasert praksis sier ikke noe om hvordan kunnskapsformene skal vektlegges i forhold til hverandre. Konseptet innebærer at behandlingstiltak bør baseres på god forskningsbasert kunnskap. Det fremheves at forskningsbasert kunnskap kan bidra til forståelse for fenomener, brukererfaringer og opplevelser, og dermed til bedre fagutøvelse. Videre at fagutøvelse ikke bare kan baseres på forskningsbasert kunnskap, og at klinisk erfaring, etiske vurderinger og å ta hensyn til pasientens preferanser også er nødvendig. Forståelsesrammer, ressurser, kultur, politikk og etiske forhold fremheves også som elementer som må tas hensyn til og vil påvirke pasienten og behandlingen som skal gis (Nortvedt, et al., 2007, s. 14).

Kunnskapsbasert praksis som metode blir som nevnt fremhevet som en essensiell arbeidsmåte i arbeidet med å kvalitetssikre de tjenestene som tilbys brukerne (Kunnskapssenteret, 2012). Likevel har konseptet kunnskapsbasert praksis blitt anslått for å være lite praksisanvendelig og det ligger uklarerheter til hvordan elementene i metoden skal kombineres og forstås i et helhetlig samspill (Engebretsen, Vøllestad, Wahl, Robinson & Heggen, 2015, s. 529). Engebretsen, et al. (2015, s. 529) legger også vekt på at kunnskapsbasert praksis som metode skal kunne fremme mer bevissthet og systematiske beslutningsprosesser i klinikken, må modellen brytes ned i detaljer slik at den lettere kan forstås og nyttiggjøre seg av i praksissituasjoner.

2.4 Profesjonsutøvelse, faglig skjønn og klinisk resonnering

I følge Grimen (2008, s.71) er en profesjonsutøver en yrkesutøver som kjennetegnes ved spesialiserte faglige ferdigheter. De er sertifiserte til å forvalte bestemte typer kunnskap bygget på opparbeidet kunnskap gjennom høyere utdanning på universitets- eller høgskolenivå, og praksis. Noe som kan anses å skille profesjoner fra andre yrker er at profesjonene forvalter kunnskap utover det som kan beskrives som praktisk kunnskap, det vil si vitenskapelig kunnskap.

Grimen (2008, s. 72- 74)utfordrer skillet mellom praktisk og vitenskapelig kunnskap og i hvilken grad kunnskapene fordeler seg i profesjonsutøvelse. Han diskuterer tre viktige profesjonsteoretiske problemstillinger:

Den første problemstillingen handler om i hvilken grad profesjoners kunnskapsbaser er enhetlige eller mangfoldige. For å utdype problemstillingen tar Grimen opp tre dimensjoner. Den første dimensjonen er kunnskapens grad av homogenitet, det vil si om alle elementene i kunnskapsbasen stammer fra samme vitenskapelige disiplin eller kunnskapsfelt. Motsetningen til dette er en heterogen kunnskapsbase som er satt sammen av elementer fra ulike vitenskapelige disipliner. Profesjonell yrkesutøvelse innebærer som oftest en anvendelse av kunnskap fra mange felt, derfor kan man argumentere for at kunnskapsbasen er heterogen. Profesjonskunnskap er bygd opp på mange, ofte ulike, elementer. Helsefagene er for eksempel sammensatt av flere vitenskaper som for eksempel biologi, fysiologi og samfunnsvitenskaper. Helseprofesjonene har også til formål å forebygge, diagnostisere, behandle og skal utøve profesjonen. Det dreier seg ikke bare om anvendelse av kunnskap, men også om moralsk, politisk og juridisk skjønn. Å være helsearbeider innebærer å ta stadige veivalg uten klare grenser og prioriteringer og man må kunne kommunisere med brukerne, forstå livssituasjonen deres og å sortere ut hvilke faktorer som kan ha innvirkning på brukernes helse, sykdom og helbredelse. Den andre dimensjon dreier seg om graden av integrasjon mellom elementene i kunnskapen. I en sterkt integrert kunnskapsbase henger alle elementer logisk sammen i et system, men i en sterkt fragmentert kunnskapsbase er det få eller ingen logiske forbindelser mellom elementene. Den tredje dimensjonen knyttes til hva som eventuelt skaper integrasjon i kunnskapen. Grimen skiller her mellom teoretiske og praktiske synteser. Det handler om hvor godt kunnskapen profesjonen baserer seg på henger sammen. I en praktisk syntese trenger ikke alle kunnskapselementer å henge godt sammen teoretisk.

Den andre problemstillingen knyttes til forholdet mellom teori og praksis. Grimen argumenterer for at det finnes flere typer forhold mellom teori og praksis og at profesjonsutøvelse er preget av kompliserte samspill mellom de ulike formene.

Tredje problemstilling er spørsmålet om hva som er teoretisk og praktisk kunnskap. I følge Grimen finnes det ikke noe tydelig og prinsipielt skille mellom kunnskapsformer.

Når det gjelder forholdet mellom teori og praksis kan en i følge Grimens (2008, s. 75) evidensstenkning se på teoretisk kunnskap som høyt på rangstigen. Praktisk kunnskap vil dermed anses som kunnskap omsatt av teori. Problemet ved en slik tenkning knyttet til at det

finnes mye praktisk kunnskap som ikke kan knyttes til en teoretisk base. I profesjonsutøving vil det ikke alltid være mulig å kunne begrunne og forklare alt en gjør teoretisk, og mye av det profesjoner gjør kan heller ikke utelukkende forstås fra et teoretisk perspektiv.

Profesjonsutøvere slitter også på mye kunnskap som de ikke vet at de vet. Likevel regnes skjønn, erfaringsbasert og taus kunnskap som en betydningsfull del av profesjonsutøvelse og for å utøve god profesjonsetikk (Grimen, 2008, s. 79- 80). Skjønn blir sett på som en nødvendighet i profesjonsutøvelse som en måte å resonnerer og argumentere på for å kunne skille mellom dårlig og god skjønnsutøvelse. Skjønnsutøvelse kan dermed ikke sammenlignes med synsing selv om det ikke er logisk argumentert (Terum og Grimen, 2009, s. 13).

En profesjonsutøver innehar en rolle som tjenesteyter og spiller viktige og store roller i samfunnsinstitusjoner. For å kunne kalle seg en profesjonsutøver må en ha forståelse for hvilke verdier man forplikter seg til, om den er adekvat, forsvarlig, og om kunnskapen ytes på en kvalitetsmessig, rettslig og effektiv måte. Faglig skjønnsutøvelse benevnes som et sentralt aspekt ved flere beskrivelser av profesjonsbegrepet. Å utøve en profesjon innebærer en rolle som formidler av kompetanse og det er i dette skjæringspunktet det faglige skjønn utøver sin aktive funksjon (Terum & Grimen, 2009, s. 9). Terum og Grimen (2009, s. 13) trekker frem faglig skjønn som viktig og nødvendig i profesjonelt arbeid for å kunne foreta faglig gode beslutninger. I situasjoner hvor det mangler generell kunnskap eller retningslinjer er bruk av skjønn en viktig mekanisme. Et fravær av skjønn i slike tilfeller vil frata profesjonsutøvere muligheten til å ta gode beslutninger. Skjønnsutøvelse blir også sett på som en nødvendighet for å kunne foreta individuelle avgjørelser og for å gi individualisert behandling. For å kunne gi individualisert behandling må profesjonsutøvere vurdere og reflektere over anvendelsen av forskningsbasert kunnskap og regler på enkelttilfeller (Terum og Grimen, 2009, s. 13).

Skjønnsutøvelse har i lang tid blitt fremstilt som skjult og lite gyldig kunnskap, betegnet som erfaringsbasert og taus kunnskap (Askheim, 2012, s. 117). Faglig skjønn blir regnet som en form for praktisk resonnering, hvor formålet er å komme frem til en konklusjon om hva som bør gjøres (Grimen og Molander, 2008, s 181).

3.0 Metode

Redegjørelse for valg og tydeliggjørelse av de ulike prosessene i gjennomføringen av studien vil bli presentert i dette kapittelet. Studiens styrker og svakheter, samt hvordan disse kan ha påvirket studiens resultater vil også bli diskutert

3.1 Metodisk tilnærming

Ettersom denne studien søker å få økt innsikt for hvilke tilnærminger ergoterapeuter anvender i slagrehabilitering for pasienter med apraktiske vansker ble kvalitativ metode valgt. Det ble gjennomført åtte semistrukturerte intervjuer med ergoterapeuter som hadde ulik erfaring i arbeid med apraksipasienter. Kvalitativ metode er egnet der hensikten er å beskrive og presentere informantenes erfaringer og meninger. I tillegg er kvalitative tilnærminger kjent for å være egnet for å studere fagområder med mangelfullt kunnskapsgrunnlag (Malterud, 2013, s. 31). Metoden gir dermed mulighet for å kunne gå i dybden på et sammensatt og kompleks fagområde slik utøvelse i ergoterapi er, samt bidra til å utvikle forståelse og produsere ny kunnskap rundt studiens tematikk.

I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 156-157) egner semistrukturerte intervjuer seg som innsamlingsmetode der hensikten er å forstå fenomener eller temaer sett fra informantenes ståsted. Siden denne studien søker å komme i dybden for hvordan ergoterapeuter arbeider med denne pasientgruppen vil en semistrukturert intervjuform åpne opp for å kunne fortolke betydningene av ergoterapeutenes beskrivelse rundt deres arbeid.

3.2 Utvalg

Målet var å inkludere ergoterapeuter som hadde arbeidserfaring med slagrehabilitering knyttet til apraksi. For å få ulike perspektiver knytte til tematikken, samt et bredt spekter av kunnskap på området, var det ønskelig å inkludere ergoterapeuter som hadde ulik mengde arbeidserfaring, men samtidig mer enn to års erfaring i feltet, og som arbeidet ved ulike rehabiliteringsenheter rundt om i Norge. Disse kriteriene ble vektlagt for å sikre et robust materiale som kunne belyse studiens problemstilling fra ulike sider. Av egen erfaring vektlegges mer enn to års erfaring i feltet med den hensikt at nyutdannede kan være mer usikker i fagfeltet og det kan ta tid å føle seg trygg på eget faglige ståsted. Med bakgrunn i at studien ønsker å se på rehabilitering av apraksi i tidlig fase ble ikke ergoterapeuter som arbeider med pasientgruppen utenfor institusjon eller i hjemmet tatt med.

3.3 Rekruttering

Ulike strategier ble benyttet for å finne aktuelle informanter til studien. Rekruttering av informanter startet strategisk ved at forsker orienterte seg i nettsidene til alle regionale helseforetak. Basert på informasjonen hentet fra ulike nettsider ble det laget en oversikt over aktuelle behandlingssteder, de aktuelle behandlingssteder ble videre kontaktet per telefon eller e-post. På grunn av varierende svarrespons og mulighet for å delta i studien ble aktuelle kontaktpersoner tilknyttet flere av behandlingsstedene direkte kontaktet. Dette var kontaktpersoner som forsker hadde blitt anbefalt å ta kontakt med fra veileder og andre medstudenter. I påvente av svar fra de ulike behandlingstedene som ble kontaktet gikk forsker i gang med å kontakte aktuelle ergoterapeuter som forsker selv hadde kjennskap til og som forsker visste hadde erfaring med slagrehabilitering og apraksi. Informantene ble kontaktet via tidligere samarbeid og via enkeltnavn som dukket opp i forbindelse med litteraturlæsning i det norske fagtidsskriftet, *Ergoterapeuten*.

Mulig informanter ble kontaktet per e-post eller telefon. De informantene som var aktuell for studien fikk utfyllende informasjon om studiens bakgrunn og formål, enten muntlig eller skriftlig per e-post. De som takket ja til å delta, fikk tilsendt ”Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt”, se vedlegg nummer to, per e-post. Når samtykkeerklæringen var signert og ettersendt forsker, ble informantene kontaktet for å avtale tid for intervju.

3.4 Datainnsamling

Data ble opparbeidet gjennom semistrukturerte intervjuer, ved informantenes arbeidsplass eller over telefon. Alle intervjuene er gjennomført som individuelle intervjuer og hadde en varighet fra 60 til 80 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og ble gjennomført i månedene fra februar til april 2018.

En intervjuguide ble utarbeidet og benyttet under intervjuene for å sikre at informantene hadde vært innom ulike temaer som forsker søker å belyse gjennom studien. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmanns (2015, s. 162) anbefalinger for semistrukturerte intervjuer, da en intervjuguide vil være med på å sikre struktur og fokus mot studiens forskningsspørsmål. Innhold fra intervjuguiden gitt ut på at ergoterapeutene ble bedt om å snakke om sine erfaringer med å arbeide med pasienter som har apraksi og hvorfor de tenker at ergoterapeuter arbeider med denne pasientgruppen. Deretter ble de bedt om å si noe om hvordan de arbeider med apraksipasienter i en tverrfaglig sammenheng og hvordan de opplever dette samarbeidet.

Videre ble det stilt spørsmål til hvilke terapeutiske tilnærminger de som ergoterapeuter benytter i behandlingen av apraksi, her ble de også bedt om å beskrive en eller flere intervensjoner de hadde gjennomført. Deretter ble de bedt om å si noe om hva som ligger til grunn for behandlingstilnærmingene de velger å anvende i behandling for personer med apraksi. Underveis i intervjuene ble det kontinuerlig stilt spørsmål for å oppklare og utforske informantenes beskrivelser, men også for å sikre at forsker har forstått meningene i informantenes utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170).

Gjennomføringen av intervjuene ble gjort med en til to ukers mellomrom, med et litt lengre opphold mellom intervju tre og intervju fem. Dette ble gjort for å få mulighet til å transkribere intervjuene fortløpende, men også for å vurdere kvaliteten på intervjuene. Refleksjoner og erfaringer som forsker gjorde seg underveis i intervjuene førte til små endringer i intervjuguiden da den følte for rundt og ustrukturert. Intervjuguidens struktur ble endret og flere oppfølgingsspørsmål ble lagt til, se intervjuguide i vedlegg nummer en.

3.5 Analyse av data

Analyse av materialet ble gjennomført med utgangspunkt i tematisk analyse, utarbeidet av Braun og Clark (2006). Tematisk analyse tar sikte på å identifisere og analysere temaer eller mønster i datamateriell. Metoden er egnet for analysering av kvalitativ data og er et fleksibelt analytisk verktøy som potensielt kan gi en rik og detaljert beskrivelse av datamaterialet (Braun & Clark, 2006, s. 79). Siden målet med studien er å gi en rik og detaljert beskrivelse av et sammensatt datamateriale er fleksibilitet og teoretisk frihet avgjørende, dermed ble tematisk analyse valgt for fremgangsmåte for analysearbeidet. En induktiv tilnærming til analysearbeidet ble vektlagt. Braun og Clark (2006, s. 83) beskriver en induktiv tilnærming som en tilnærming hvor forsker tar datamaterialet sin helhet som utgangspunkt for selve analysen. Siden litteraturen til temaet i denne studien er relativt begrenset kan en induktiv, datadrevet framgangsmåte bidra til fremstilling av empiri som er nært relatert til informantenes fortellingen, enn ved en teoretisk tilnærming. Identifiserte temaer ble dermed sterk koblet til datamaterialet og forskers teoretiske interesse ble lagt til side.

Braun og Clark (2006) seks trinn for tematisk analyse benyttes som retningslinjer i bearbeidelsen av datamaterialet. Selv om tematisk analyse fremstilles som en trinnvis tilnærming påpekers det at analysemetoden ikke er en lineær prosess, men en metode hvor man stadig gå frem og tilbake mellom de ulike trinnene i analysen. Fremgangsmåte for

tematisk analyse består av seks faser: 1) Gjøre seg kjent med egne data, 2) Generere innledende koder, 3) søke etter temaer, 4) gjennomgang og vurdering av temaer, 5) definere og navngi temaer og 6) produsere rapport.

Innledende til den første fasen ble alt datamaterialet transkribert fra lydopptak til tekst. Deretter ble alle transkripsjonene lest gjennom gjentatte ganger for å bli kjent med materialet og for å få et inntrykk av helheten i materialet, dette i tråd med Braun og Clark (2006, s. 87). Under gjennomlesningen ble tanker og ideer til mulige sammenhenger i datamaterialet notert ned.

Fase to handlet om å utarbeide de førte, overordnede kodene. Datamaterialet ble gjennomgått grundigere for å identifisere mønster og potensielle temaer. I henhold til Braun og Clark (2006, s. 88- 89) ble interessante utsagn som kunne belyse studiens problemstilling for hvert enkelt intervju markert med markeringstusj og innledende koder ble notert i margin for hvert utsagn. For å strukturere materialet ytterligere ble de innledende kodene plassert i en tabell hvor relevante markerte utsagn ble samlet for hver potensielle kode. De innledende kodene var mange og hvert utsagn kunne plasseres under flere av kodene. I denne fasen ble kodene gjennomgått på nytt, noen av kodene ble endret eller slått sammen.

I fase tre dreide det seg om å sortere de identifiserte kodene til potensielle temaer. Identifiserte mønster, overordnede koder og potensielle temaer i datamaterialet på tvers av datamaterialet ble videre gjennomgått og vurdert ytterligere. De ulike kodene ble analysert og vurdert opp mot hverandre for å se hvilke av kodene som kunne kombineres til å danne et tema. I søket etter potensielle temaer ble flere fremgangsmåter benyttet for å finne sammenhenger og mønster. Blant annet ble en rekke tankekart bearbeidet for å få oversikt over hvilke koder som kunne danne et tema. Underveis i dette arbeidet ble ytterligere potensielle temaer notert ned i margin.

I fase fire ble de ulike temaene undersøkt nærmere. Innledende til denne fasen ble tabellen fra fase to videreutviklet til å inkludere enda en kolonne som fokuserte på hva som ble fortalt i utsagnene. Innholdet i utsagnene ble beskrevet og analysert for å lettere se hvordan de knyttet seg til de ulike kodene og på hvilken måte de kunne danne et tema. I denne fasen var det fremdeles noen koder som kunne passe under flere av temaene. Disse ble samlet og «satt på vent».

I analysens femte fase ble temaene definert og navngitt. Det ble utarbeidet et nytt tematisk tankekart over de ferdigstilte temaene. En oversiktstabell ble utarbeidet for å få oversikt over innholdet i hver enkelt tema. Hvert tema ble navngitt etter sitater fra informantene. Underveis i dette arbeidet ble enkelte koder flyttet over til andre temaer.

I sjette og siste fase ble temaene fra analysen lagt frem i eget kapittel, se kapittel 4.0. I fremstillingen er det trukket frem sitater for å eksemplifisere temaene som ble funnet under analysearbeidet, dette i tråd med Braun og Clark, 2006, s. 93).

3.6 Metodediskusjon

3.6.1 Valg av metode

Bruk av intervju som metode vurderes som relevant i forhold til problemstillingen da det har gitt tilgang til et bredt spekter av ergoterapeuters behandlingstilnæringer ved apraksi etter hjerneslag. Intervju ga mulighet til å få innsikt i ulike behandlingstilnæringer som kanskje ikke ville kommet frem ved en enkelt observasjon. I tillegg ga det innsikt i ergoterapeutenes refleksjoner og begrunnelser for valg av behandlingstilnærming. Metoden har likevel sine begrensninger da den gir lite innsikt i ergoterapeuters handlinger og det kunne være utfordrende å få informantene til å snakke fritt om hva de faktisk gjør i en gitt behandling. Studien kunne vært styrket ved å foreta observasjoner, da det kan være differanse mellom det ergoterapeutene forteller at de gjør, kontra det de faktisk gjør. Utgangspunktet for studien var å foreta observasjoner av ergoterapeuter i behandling, men tid, ressurser og tilgang til aktuelle pasienter gjorde dette utfordrende.

3.6.2 Rekruttering og utvalg

I denne studien er det gjort en rekruttering av et bredt utvalg av informanter, både når det gjelder geografisk tilhørighet og antall års arbeidserfaring. Bredden i utvalget bidro til informasjonsrikdom. Det at informantene arbeider ut fra ulike rammeforhold og erfaring kan bidra til at man dekker et stort område for hvordan ergoterapeuter arbeider rundt apraksipasienter, slik at resultatet blir så representativt som mulig.

Intervju med åtte ergoterapeuter ble vurdert som et passende antall informanter fordi de siste intervjuene førte til lite ny kunnskap, noe som kan være en indikasjon på oppnådd metning.

3.6.3 Datainnsamling

Utforming av intervjuguide er preget av forskers egen arbeidserfaring og fra leste studier. For å sikre validitet til intervjuguiden ble den drøftet og gjennomgått med veileder. Det var enighet om at intervjuguiden skulle være åpen for å få frem informantenes egne refleksjoner og tanker om temaet. Likevel opplevde forsker at intervjuguiden ble for åpen, og at det var vanskelig å få ergoterapeutene til å snakke fritt om teamet. I fare for at viktige temaer ikke skulle bli tatt opp ble intervjuguiden gjennomgått og revidert på nytt sammen med en bekjent

av samme profesjon som forsker. Forsker transkriberte de første intervjuene fortløpende før flere intervjuer ble gjennomført for å få oversikt over innholdet i materialet og eventuelle mangler. I de første intervjuene var det noe mangel på utforskende og oppklarende spørsmål. Videre i intervjuprosessen ble det derfor spurt flere direkte spørsmål.

Informantene var opplyst om at forsker også er ergoterapeut, noe som kan ha påvirket intervjuprosessen. Spørsmålene i intervjuguiden var forsøkt formulert slik at informantene skulle snakke fritt, men det kan ikke garanteres for at forsker ikke har påvirket ved at det har blitt stilt ledende spørsmål eller mangel på oppklarende spørsmål. Samme utdanningsbakgrunn blant forsker og informanter kan ha ført til at informantene kunne bli bekymret for hvordan forsker som fagperson vurderte deres svar og at de kunne bli bevisst på om svarene deres var ”gode nok”. Forsker erfarte at noen av informantene søkte bekreftelse på om svarene var innenfor, mens noen reagerte med å si ”Vet du ikke det” når de ble bedt om å utdype utsagnene nærmere. Samtidig kan samme utdanningsbakgrunn ha ført til en tryggere intervjusituasjon hvor forsker og informant lettere kunne forstå og identifisere seg med hverandre.

De fem siste intervjuene ble gjennomført over telefon av praktiske og økonomiske grunner. En ulempe ved å foreta telefonintervju var at forsker ikke fikk muligheten til å respondere via bruk av kroppsspråk, for eksempel bruk av ”nikking” for å gi bekreftende interesse til det informantene snakket om. Tjora (2017, s. 170) poengterer også at det kan knyttes en usikkerhet til hvem den andre personen i andre enden av telefonen er og at det kan påvirke intervjuet. Videre sier han at det dermed er vanlig at intervju over telefon kan bli kortere, mer formelt og teknisk preget av at man holder seg strengere til planlagte spørsmål. Forsker kan ikke si seg enig i at intervjuene gjort over telefon i denne studien ble noe kortere enn de intervjuene som ble gjort ansikt- til- ansikt, men forsker opplevde at det var vanskeligere å få informantene over telefon til å snakke fritt under intervjuene. Forsker løste dette ved å ta i bruk flere oppfølgende spørsmål til informantenes utsagn, samt at det ble desto viktigere for forsker å forsikre seg om informasjonen var forstått riktig – gjennom å gjenta deler av det informantene sa og søke bekreftelse for om forsker hadde forstått det riktig.

3.6.4 Tolkning og analyse

Det må tas i betraktning at det er første gang forsker gjør en tematisk analyse, og det kan være at mulig viktige elementer har blitt oversett eller at mindre viktige aspekter har blitt vektlagt i

for stor grad. For å sikre en grundig analyse av datamaterialet har trinnene i tematisk analyse blitt fulgt gjennom hele analyseprosessen. Dette har også vært til stor fordel for en fersk forsker. Bruk av tematisk analyse i analysearbeidet har bidratt til en teoretisk frihet hvor forsker har kunne spisse teorigrunnlaget etter funn belyst i materialet. En annen fordel med at teorigrunnlaget ikke ble satt før etter gjennomføringen av intervjuene var at forsker i intervjuprosessen fikk mulighet til å imøtekomme informantenes utsagt med et åpent blikk. En mulig fallgrube med en lik tilnærming kunne likevel være at prosessen ble for fleksibel slik at konteksten kunne mistes (Braun & Clark, 2006, s. 78). Forsker selv opplevde ikke dette som gjeldene for denne studien.

Forskers kjennskap og kunnskap til feltet som er studert kan også ha bidratt til å styrke blikket på materialet, samtidig som det kan ha bidratt til at forsker har tatt relevant informasjon i materialet for gitt. For at forskers nærhet til materialet ikke skulle påvirke analysen ble deler av de første transkripsjonene gjennomgått med veileder. At forskers veileder har ulike fagbakgrunn har ført til kritiske spørsmål fra flere perspektiver og har åpnet forskers blikk på funnene i materialet.

3.7 Andre metodiske overveielser

3.7.1 Forskerens forforståelse og nærhet til forskningsfeltet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) fremhever at forskers ståsted kan være avgjørende for studiens kvalitet og for de etiske beslutningene som tas underveis i forskningsprosessen. Dette tatt i betraktning vil forsker kritisk reflektere over egen forforståelse til hvordan ergoterapeuter tilnærmer seg i rehabiliteringsarbeid for pasienter som har apraksi, samt hvordan forskers faglige bakgrunn som ergoterapeut kan ha påvirket studiens retning og kvalitet. I tråd med Kvale og Brinkmanns (2015, s. 108) anbefaling ble forskers forforståelse skrevet ned i forkant av intervjuprosessen. Motivasjonen for å gjennomføre studien er av interesse for både nevrologiske problemstillinger etter hjerneslag og utøvelse av ergoterapifaget, samt et ønske om finne gode metoder for behandling av apraksi som kan benyttes i egen og andres ergoterapeuters praksis. Forforståelsen for hvordan ergoterapeuter arbeidet i behandling ved apraktiske utfordringer var at de fokuserte på den enkelte pasients forutsetning for selvstendighet i hverdagslivet og anvendte oppgaveorientert trening i hverdagslige aktiviteter. En annen antakelse var at ergoterapeuter arbeidet ustrukturert i sine tilnærminger, og at personer med apraksi kom noe dårligere ut i rehabiliteringsprosessene og

fikk et økt behov for helsetjenester ved utskrivelse fra rehabiliteringsinstitusjoner. Forskers forforståelse ble forsøkt lagt til side i den videre prosessen.

Forskers kjennskap og kunnskap om fagfeltet som studeres kan ha bidratt til å styrke blikket på materialet, samtidig som det kan ha bidratt til at forsker har tatt relevant informasjon i materialet for gitt. Forsker er bevist om at det at forsker selv er utdannet ergoterapeut og har erfaring fra arbeid med apraksipasienter kan ha påvirket prosessen, samt at tolkninger kan være gjort på bakgrunn av egen kunnskap og erfaring på feltet. At forsker selv er utdannet ergoterapeut og har erfaring fra feltet kan ha spisset, men også begrenset muligheten til å stille åpne og utforskende spørsmål til informantenes utsagn. Samtidig er forsker relativt fersk som praktiserende ergoterapeut innen slagrehabilitering og arbeid med apraksi, noe som har gjort forsker nysgjerrig på hvordan andre ergoterapeuter arbeider med pasienter som har apraksi.

3.7.2 Etiske betraktninger

I intervjuundersøkelser, som gjeldene i for denne studien vil det under hele forløpet oppstå etiske problemstillinger som forsker må ta hensyn til. I tråd med Kvale og Brinkmanns (2015, s. 97) vurderte forsker i samarbeid med veileder mulige etiske problemstillinger som kunne oppstå underveis før studiens start. Flere etiske forhold som ble tatt til betraktning er følgende:

I forkant av datainnsamlingen ble det søkt om godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) siden personopplysninger tilknyttet deltagende informanter og intervjumaterialet skal oppbevares av forsker. Godkjenning fra NSD ble mottatt 07.11.2017, se vedlegg nummer tre. Siden studien ikke omhandler forskning på helse og sykdom, samt at datamaterialet ikke inneholder helseopplysninger, jf helseforskningsloven (2008. §4 og §10) og helsepersonelloven (1999, §21), ble det ikke søkt godkjenning fra regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

I henhold til NSD (2018, 28. juni) ble det utarbeidet og sendt ut et informasjonsskriv til informantene, samt at skriftlig samtykke ble innhentet i forkant av intervjuene. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studiens formål og hva en eventuell deltakelse ville innebære. Videre ble det gitt informasjon for hvordan datamaterialet og personopplysninger skulle brukes og håndteres underveis. Det ble vektlagt at det er frivillig å delta i studien og at en når som helst kunne trekke sin deltakelse å lenge studien pågår, uten å oppgi grunn.

Datamaterialet og personopplysninger har blitt behandlet konfidensielt, og NSD-anbefalinger for oppbevaring av data og anonymisering har blitt fulgt, se vedlegg nummer tre.

Opptakene fra intervjuene ble fortløpende transkribert og anonymisert med informantkode. Transkripsjonene ble også skrevet på bokmål for å unngå gjenkjenning på grunn av dialekt, samt at arbeidsplass, stedsnavn og lignende ikke ble skrevet ned i transkripsjonene. Direkte personopplysninger, digitale lydfiler og transkribert tekst har blitt oppbevart i passordbeskyttede dokumenter og mapper på privat datamaskin, og slettet underveis og umiddelbart etter prosjektavslutning.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene fra dataanalysen. Åtte ergoterapeuter som jobber med pasienter med apraksi ble intervjuet. Ved gjennomgang av intervjumaterialet ble det identifisert fire temaer som tar for seg gjentakende interessante utsagn på tvers av utvalget, og som sier noe om fokuset ergoterapeuter har i rehabilitering for apraksirammede. Hvert tema har empirinære overskrifter og eksemplifiseres gjennom empirinære utdrag i kursiv.

4.1 ”De skal ikke ha for mye hjelp, og heller ikke for lite hjelp”

Selv om hovedinnholdet i intervjuene fokuserer på at ergoterapeutene skulle utdype hvilke behandlingstilnærminger de iverksatte i behandlingen viste samtlige informanter til viktigheten av å gjøre en kartlegging av pasienten i aktivitet før en kan sette i gang med selve intervensjonen/treningen. Fokuset de hadde rundt de første kartleggingene var å finne ut hva de hadde utfordringer med. Fokuset var også på hva pasientene klarte selv og hvilke ressurser pasientene hadde som de kunne nyttiggjøre seg av og bruke videre i behandlingen. En informant sa:

Altså første observasjon så prøver jeg å være veldig ”hands off” og bare se hva de faktisk klarer og hva har de vansker med for så etterhvert å prøve å finne tilnæringsmåter. For å få et bilde av hva de, ja.. Det er ”hands off” helt på begynnelsen slik at de får vise hva de kan og ikke kan.

Videre var noen av informantene opptatt av at de først må finne hvilken type intervensjon/tilnærming pasientene kunne profitere på, og at de allerede i kartleggingen begynte å tenke ut fra at de skulle lage en intervensjon. Disse var opptatt av å finne ut hvilken type støtte og hjelp pasientene trengte. Dette for at de ikke skulle få for mye hjelp, men heller ikke for lite hjelp - de skulle helst få akkurat passe for å ikke gjøre feil, og for å tilegne seg læring. Flere av informantene sa at de prøvde seg frem med bruk av ulike tilnærminger som for eksempel muntlig instruksjon, illustrasjon og terapeutisk guiding for å finne den rette støtten som pasientene trenger for å kunne mestre en gitt aktivitet. De sa videre at den tilnærmingen som fungerer for pasienten er den hjelpen eller tilnærmingen ergoterapeuten gir i behandlingen for at pasienten skal lære seg de ferdighetene som trengs for å mestre gitt aktivitet. En ergoterapeut sa det slik:

Prøv først å gi muntlig instruksjon fordi det er minst hjelp på en måte. Så hvis de klarer å utføre riktig etter muntlig instruksjon, så vet jeg at det er det hjelpenivået de ligger på. Men hvis det ikke hjelper noe så går jeg til neste trinn, som er at jeg viser,

at jeg liksom overtar redskapet å viser på meg selv eller viser liksom bevegelsene for hvordan de skal brukes, også gir jeg det tilbake til brukeren så kan den fortsette å prøve å gjøre det samme. Hvis det fortsatt ikke er riktig, så går jeg på guiding. Da blir det guiding over hånd guiding. At jeg holder hånden til brukeren med kammen.

Samtlige informanter var tydelige på at apraksi viser seg og avdekkes i utførelsen av daglige aktiviteter, og for alle ble det naturlig å starte kartleggingen av pasientens hovedutfordringer, ressurser og hjelpenivå i naturlige settinger som for eksempel ved observasjon i stell, påkledning, matlaging og lignende. De fleste av informantene sa at de ikke fulgte noe slavisk fremgangsmåte og at de benyttet ustrukturerte ADL- observasjoner, hvor de prøvde seg frem med ulike tilnærminger for å finne hvilken tilnærming pasientene profiterte på. Dette var primært ergoterapeuter med lang arbeidserfaring og klinisk erfaring i feltet. Ergoterapeutene som sa at de gjennomført strukturerte ADL- observasjoner sa at de brukte AMPS og ADL- observasjoner fra Apraxia Guideline, i tillegg til bruk av apraksitest fra helsedirektoratet. Særlig ADL- observasjoner fra Apraxia Guideline og apraksitest ble trukket frem som nyttige verktøy for å finne hvilken type tilnærming pasientene kan nyttiggjøre seg av for å lære seg en gitt aktivitet igjen. De informantene som sa at de brukte strukturerte observasjoner og standardiserte tester var de med kortest arbeidserfaring, en informant med mye klinisk erfaring som var veldig opptatt av standardisering og anvendelse av anbefalinger fra forskning. Informantene som brukte strukturerte observasjoner og standardiserte tester sa videre at det var utfordrende å gjennomføre en strukturert og standardisert kartlegging på de pasientene som hadde afasi i tillegg til apraksi, som ofte er en vanlig problemstilling for de med apraksi. En informant sa vedrørende dette:

En av testene vi bruker er AMPS, som er en strukturert metode for kartlegging av aktivitet. Den bruker vi på alle med mindre de har stor afasi slik at det ikke er mulig å gjennomføre. Ved afasi så blir det en litt mer ustrukturert observasjon ja (...) vi har ingen standardiserte tester for de med afasi. Altså apraksitesten, du kan jo på en måte prøve å gjennomføre, men du kan ikke score det fullt ut på grunn av at du ikke kan vite i hvilken grad det er informasjonsforståelsen. Du vil jo gjerne få et inntrykk av hva, men du kan ikke skrive ned scoren på det, men det vil jo likevel gi oss et verktøy for å se hvilket nivå de ligger på.

Ved spørsmål om i hvilken grad forskning om ulike behandlingstilnærminger er førende for hvilken intervensjon som iverksettes i behandlingen for apraksipasienter er dette noe variert

hos informantene. Noen av informantene sier at forskning er førende for valg av tilnærming, men kunne likevel ikke utdype i hvilken grad det har innvirkning for valg av tilnærming. For de av informantene som har satt seg inn i forskning i feltet forteller de at det er lite tilgjengelig forskning, at forskningen er mangelfull og har svake anbefalinger. Gjeldene for alle informantene virker egne og kollegers erfaring å veie stort for hvordan de velger å gå frem i møte med apraksipasienter og for hvilke fremgangsmåter de støtter seg til. Noen av informantene sier at de har med seg både anbefalinger fra forskning og egen erfaringer i bakhånd når de tilnærmer seg pasientgruppen, og at det la visse føringer, men at valgt tilnærming/terapeutisk støtte ble tilpasset etter behovet hver enkelt pasient hadde. Deres erfaringer er at det som står anbefalt i forskningen ikke alltid trenger å fungerer for alle apraksipasientene, og de har erfart er den rette mengde hjelp/tilnærming for en pasient kan være for mye eller for lite hjelp/støtte for en annen. Noen av informantene sier at de er opptatt av å se hver enkelt person, finne ut hva som er rett type tilnærming og tilpasse intervensjonen etter det, fremfor å kun forholde seg til forskningen som står anbefalt. Gjennom egen erfaringer har de erfart at det er andre tilnæringsmåter som ikke står anbefalt, men som likevel kan ha effekt for læring og avhjelping av apraktiske vansker. En informant sa vedrørende forskningsanbefalte tilnærminger:

(...) Prøver det ut først for å se om det kan virke, og annet om det ikke fungerer. Dette står anbefalt, også prøves det ut, se hvilken effekt det har. Hvis det ikke fungerer så må man finne noe annet. Tar det som vil være naturlig, og på den måten forholder jeg med til forskning. Ingen er jo lik. Kan ikke jobbe slavisk med samme metode på alle, må jo tilpasse det.

4.2 ”Vise dem riktig måte å gjøre det på”

Informantene i studien fortalte at i behandlingen fokuserte de på at pasientene skulle klare å mestre de aktivitetene som de hadde klart før de fikk apraksi, og at deres oppgave var å veilede dem og lære dem riktig måte å utføre aktivitetene på. De fleste av ergoterapeutene hadde dårlig erfaring med å la personer med apraksi prøve og feile på egenhånd, for å se om de til slutt ville klare å utføre handlingen riktig. De hadde erfart at hvis en person med apraksi får lov til å gjøre en feil handling så vil de lære seg å utføre aktivitetene med de feilene, og det vil være vanskelig å rette opp feil i aktivitetsutførelsen ved et senere tidspunkt. De var derfor opptatt av å hjelpe de videre slik at de ikke skulle gjenta egne feil og vektlegger viktigheten av at apraksipasienter får hjelp til å utføre handlingen/aktiviteten riktig fra starten av. Flere av

informantene påpekte at det må være en feilfri læring i behandlingen, og at de arbeidet etter prinsipper fra feilfri læringsstrategien. En ergoterapeut sa det slik:

Feilfri læring bruker jeg egentlig med alle, altså det er det jeg sa i forhold til at de skal jo ikke gjøre feil. Det er derfor jeg jeg jobber med å finne hvilket hjelpenivå de skal ligge på. (...) og hvis de blir korrigert sånn litt uten å ha noe system på det, da ser jeg at de gjør den samme feilen neste gang igjen og neste gang igjen. men hvis de blir korrigert, hvis de ikke gjør de feilene, hvis de får nok hjelp til å ikke gjøre feil, hjelp til å utføre riktig. Og om man gjør det om og om igjen, så har jeg sett at det er da de lærer. Da lærer de ikke feilene sine.

Ergoterapeutene i studien viste til bruk av ulike metoder og tilnærminger for å veilede og lære personer med apraksi å utføre daglige aktiviteter igjen. Informantene sier at de enten verbalt eller fysisk stopper pasienten hvis de er i ferd med å gjøre en feil handling. Hvis pasienten har språkforståelse sier enkelte av informantene at de kan stoppe apraksipasienter verbalt og veilede dem videre ved å få de til å selv reflektere over hva de skal gjøre eller ved at de forteller de hva de skal gjøre videre eller at de sier hva et objekt for eksempel skal brukes til. Flere av informantene opplever at det blir for mye for de med apraksi å forholde seg til hvis det blir gitt mye muntlig informasjon og veiledning i behandlingen. De sier at det gjør læringen vanskeligere fordi de i tillegg til å konsentrere seg om å utføre bevegelsene rett, samtidig må bearbeide det de har hørt. Videre forteller de at de synes det er vanskelig å skille om det er manglende språkforståelse eller om det er apraksien som gjør at de mangler ideen for hvordan de skal utføre en bevegelse eller en handling. For å unngå at det skal oppstå misforståelser forbundet med språk forteller de at prøver å prate minst mulig i selve behandlingen, og at de eventuelt tilpasser med å bruke korte og konsise setninger. En informant sa det slik:

For å hjelpe dem videre så er det uansett en fordel å ikke bruke så mye ord. Det er en fordel å guide, lede og antyde. Det er en fordel å være stille som terapeut, uansett om de har afasi i tillegg eller ikke. Om du bruker språket så må de jo tenke. Da må de koble på flere sansen, så jeg prøver å veldig å forenkle det. Ja, i alle fall med de som også har afasi, men også for de som bare har apraksi. Så minst mulig språk – det blir for komplisert.

Uavhengig om de har språkforståelse eller ikke har flertallet av informantene bedre erfaring med å eliminere bort språket og heller fysisk stoppe feil utførelse ved å vise og/eller guide de

videre til neste handling eller inn i rett bevegelse. Flere av informantene trekker frem at mange med apraksi profitterer på å imitere en utførelse. De sier at de først viser oppgaven på seg selv, for eksempel hvordan de grer håret og så ber de pasienten gjøre akkurat det samme etterpå. Videre fortalte informantene at noen trenger å bli fysisk guidet/ledet inn i rett bevegelse og/eller over i neste handling/steg. Flere av informantene sier at noen ganger er det nok at de holder over hånden til pasienten mens pasienten for eksempel holder en kam og føre hånden opp til hodet. De sier at på denne måten kjenner pasienten igjen bevegelsen og klarer å fortsette handlingen selv. De sier at når de kjenner at pasienten har bevegelsene inne selv så slipper de taket, og at dette er noe de føler seg frem til. De sier at det oftest handler om å føre hånden deres for å lede de over fra en handling til neste handling, men i noen tilfeller vil pasientene trenge guiding under hele utførelsen. En informant sa det slik:

(...) så for han var det ofte nok å gi han plagget og får armen guidet inn i ermet så fullførte han det. Guide litt i staten for å sette i gang en prosess. Det ser jeg veldig ofte, at det er akkurat den følelsen. Når de kommer inn i et spor så fullfører de akkurat den handlingen. Da har de fått nok signal om hva som egentlig skjer, når plagget er halvveis på dem. Må selvfølgelig guide videre derfra igjen.

En annen metode som blir trukket frem hos noen av informantene var bruk av strategitrening som en kompensierende tilnærming ved apraksi. De fortalte at de tok i bruk elementer fra strategitrening for de som har utfordringer med å komme i gang med en aktivitet og for de som har utfordringer med komme over i neste delhandling eller å huske neste sekvens. Informantene forteller at bruk av rekkefølgelister i ulike former kan være gunstig for de som kan lese og nyttiggjøre seg av skriftlig instruksjon. De sier at de lager til lister i form av enkelt ord eller bilder som kan hjelpe pasientene til å utføre en aktivitet. Det kan for eksempel være en liste som henger på badet for å minne pasienten på hvordan for eksempel tannpuss skal utføres. Enkelte av informantene sier at det handler om å lære personer med apraksi strategier for å mestre aprakstiske vansker, og gjøre seg uavhengig av hjelp fra en annen person for å mestre en aktivitet. En informant sa vedrørende bruk av strategitrening:

(...) han hadde ikke sjans til å forstå hvordan han skulle bruke kaffetrakteren. Det å finne ut hvilken vei delene skulle på, hvor vannet skulle og hvor kaffen skulle. Det var veldig vanskelig for han, så da tok jeg bilder av alle sekvensene, steg for steg hva han skulle gjøre. Og så gikk vi gjennom dette hver gang før han gjorde det, og så hadde han det også ved siden av seg slik at han kunne se hva han skulle gjøre.

4.3 "Å gjøre ting likt"

Flertallet av informantene i studien fortalte at for personer med apraksi er det viktig at de får trent samme aktivitet mange ganger, og at de trenger flere repetisjoner for å lære seg nye ting. Videre sa informantene at det vil være vanskelig for en person med apraksi å lære seg en aktivitet igjen hvis de får lært aktiviteten på ulike måter fra gang til gang. De fremhever viktigheten av at man er konsekvent på behandlingstilnærmingen som pasienten profiterer på og at fremgangsmåten må være den samme hver gang for å forsterke innlæringen. En informant sa:

Driller bare, driller aktivitetene. Og så gjør vi det om og om igjen, så begynner det å sitte. De må trene på det samme hele tiden, hele dagen (...). Jeg pleier å si at ved apraksi så drille man automatikken. Det er det vi prøver å få til, at de skal gå fra å være i innlæringsfasen til å komme i automatikkfasen. Og er de over i automatikkfasen så kan de det stort sett.

Ergoterapeutene sier at de prøver å prioritere å trene i daglige aktiviteter med dem hver dag, og fremhever at personer med apraksi helst trenger å ha noen sammen med seg under utførelse av alle daglige aktiviteter for at de skal lære seg å gjøre aktivitetene riktig. Samtlige av informantene påpeker at de har mange pasienter, og at de ikke har mulighet til å gå inn i alle daglige situasjoner til enhver tid, og at de derfor er avhengig av at de andre yrkesgruppene som er innom pasientene følger opp de tilnærmingene som er satt i gang av ergoterapeutene. Samtlige av informantene fremhever viktigheten av å holde et tett samarbeid med spesielt sykepleierne, da det som oftest er pleiepersonalet som møter pasientene i de fleste hverdagslige aktiviteter i løpet av dagen. Informantene sier at det kreves at man jobber tverrfaglige rundt pasienter med apraksi for at de skal få den mengden trening de har behov for slik at de skal tilegne seg læring, men at det samtidig kan være utfordrende å sikre at behandlingen blir gjort likt fra gang til gang når det er flere ulike personer inne i behandlingssituasjoner. Noen av ergoterapeutene i studien opplever også at mangel på kompetanse rundt behandlingstilnærminger hos pleiepersonalet gjør det utfordrende å jobbe strukturert i behandlingen. En informant sier:

(...) og hvis det står hjelpenivå "muntlig veiledning", og hvis de ikke har lært noe om det, så "hva er det for noe". Hvis de ikke har skjont hvordan de skal bruke det, så blir det vanskelig for dem å gå inn å veilede dem riktig.

Flere av informantene i studien sier at det er de som ergoterapeuter som kanskje har mest kunnskap om apraksi og mulige behandlingstilnærminger, og at de også får en viktig rolle i å

gi ut informasjon til andre yrkesgrupper og veilede dem rundt behandlingsprinsippene for å sikre at pasientene får den rette støtte de trenger til læring, men også for å sikre at alle involverte gjør ting likt i behandlingen. En informant sa vedrørende dette:

Jeg tenker jo at min rolle, for det første veilede pasienten i den situasjonen, men også veilede pleiegruppen som er kanskje de som har mest med pasientene å gjøre i de daglige situasjonene. At man får overført de tiltakene som man gjør, slik at det ikke blir bare når jeg er inne. Så at man får overført det på en god måte, og at alle gjør det likt. Håpet er jo at alle skal gjøre det på samme måte eller tilnæringsvis.

Informantene trekker frem flere ulike fremgangsmetoder som de bruker for å sikre at alle involverte rundt hver pasient tilnærmer seg på samme måte i behandlingen. Et par av informantene sier at de noen ganger tar med seg pleiepersonalet i behandlingen for å vise hvordan de for eksempel gjennomfører guiding, og for å gi pleiepersonalet muligheten til å øve på ting mens de er tilstede. Andre informanter har dermed dårlig erfaring med å ta med pleiepersonalet inn i behandlingen, særlig hvor pasienten har sterk apraksi, fordi de lett blir distraherende og det vil forstyrre pasienten når det er flere inne. Å holde undervisning for de ulike yrkesgruppene om apraksi generelt og om prinsipper bak behandlingstilnærmingene har flere av informantene bedre erfaring med, og de gjør dette flere ganger i året for å holde kunnskapen oppe. Flere av informantene sier at de supplerer med å lage detaljerte ADL-planer hvor det for eksempel står hvordan et morgenstell skal utføres og hvilken type tilnærming pasienten trenger for å sikre at alle har informasjonene de trenger for å utføre behandlingen. En informant sa vedrørende ADL-planer:

ADL- planen det er en oppskrift på hvordan de er i morgenstell. Da går man inn å guider slik og slik, huske å stoppe pasient hvis de gjør (...) ”pasienten har en tendens til å ta kammen til munnen”- guide pasienten i rett mønster eller noe slikt.

4.4 ”Tenke at en skal legge til rette for mestring i alt en gjør”

Flere av informantene fortalte at personer med apraksi kan oppleve fortvilelse og frustrasjon over å ikke mestrer aktiviteter de tidligere har klart, og at de oftest er kognitiv klar og forstår egen situasjon. De vektlegger viktigheten av å utføre innledende samtaler utenom behandlingen hvor de forklarer årsaken til hvorfor ting er som de er, og at dette gjør dem mer bevisst på hensikten med behandlingen. Videre sier informantene at deres fokus i behandlingen først og fremst er å legge til rette for at pasienten skal oppleve mestring. Samtlige av informantene påpekte at apraksi viser seg tydeligst i utførelse av aktivitet, og at

det derfor vil være naturlig at det er mestring av hverdagslige aktiviteter det trenes på. Samtlige av informantene har erfart at det er lettere å lære seg en aktivitet som personen gjør daglig og som personen selv er opptatt av å mestre. De sier at de bruker mye tid på å finne frem til aktiviteter som pasienten ønsker og ser meningen med å mestre. De sier videre at de er opptatt av å finne ut av pasientens tidligere interesser, vaner og lar dette ligge til grunn for hvilke aktiviteter det trenes på i behandlingen. De sier videre at de er opptatt av å finne ut hvordan pasienten tidligere har utført aktivitetene det skal trenes på og fremhever at det på trenes på å mestre aktiviteten slik pasienten er vant til å gjøre det hjemme. Til dette arbeidet trekker flere av informantene frem viktigheten av å inkludere pårørende i rehabiliteringen, og særlig rundt de pasientene som har språkutfordringer og ikke kan gi uttrykk for dette selv. Informantene sier videre at det er familien som kjenner pasienten best og kan si noe om deres tidligere interesser og vaner som vil ha betydning for pasientens rehabilitering. En informant fortalte:

(...) og etter en samtale med pårørende var det vel, for han hadde en del afasi. Så fant vi ut at hans oppgave som han alltid hadde gjort var å trakte kaffe om morgenen til han og sin kone.. Så da fant vi ut at det var noe vi kunne trene på slik at han fikk oppleve mestring i hverdagen. Så da var det veldig motiverende å jobbe med.

Videre var samtlige av informantene opptatt av at det er lettere å knytte mening til utførelse av aktivitet hvis de trener på aktivitetene i relevante og naturlige settinger. De sier at de kun trener i naturlige situasjoner hvor det vil være naturlig at aktiviteten skal skje, for eksempel at de trener på påkledning på morgenen. De er også opptatt av at settingen må være likt hjemmemiljøet og redskapene som brukes i aktivitetene må være de samme som de bruker hjemme siden overføringsverdien fra en aktivitet til en annen er så liten. Flere av informantene har erfart at personer med apraksi lett blir distrauert når det blir støy og mange personer rundt dem. De opplever også at de lettere tar i bruk feil redskap når det for eksempel ligger mange ting på vasken når de skal stelle seg. Når det er få elementer og få person rundt pasienten erfarer informantene at det er lettere å holde fokus, og at de dermed er opptatt av å kun legge frem det som trengs for å utføre aktiviteten. En informant sier:

(...) men i frokost så sitter det mange rundt, så da må vi ta hensyn til det. Hvis vi skjermer situasjonen mer, er på treningskjøkkenet eller pasienten sitt rom, blir det ikke så mye å forholde seg til. Må få ro rundt situasjonen.

Videre sier samtlige av informantene at de er opptatt av, så langt det lar seg gjøre, å legge til rette for mestring til hjemmet når pasienten reiser ut fra institusjon. Flere har erfart at miljøskifte kan forsterke apraksien, selv i aktiviteten de har trent på og mestret i rehabiliteringsinstitusjonen. Samtlige fortalte at på institusjonen var det lite rom for å dra hjem å trene i deres vante miljø. Siden de viste at de aprakstiske vanskene kunne komme til syne i selv trente aktiviteter ved hjemkomst fortalte flere at de alltid henviste pasientene til kommunal ergoterapeut som kunne følge videre opp det de hadde satt i gang på rehabiliteringsinstitusjonen. En ergoterapeut fortalte:

(...) nå begynner jo disse hverdagsmestringsteamene rundt om kring. Tenker det kan være aktuelt å henvise til hverdagsrehabilitering, der det er et team oppe å går. Da er det kanskje mer lys i tunnelen. Det tror jeg på. Der jobber de jo i forhold til de daglige aktivitetene og da kan man kanskje få mere overføring. Hvis vi da får ergoterapeutene hit for å videreføre i kommunene, så tenker jeg at da kan man snakke om at det blir overføringsverdi.

4.5 Ergoterapeuters refleksjon over egen praksis

Samtlige av informantene forteller at de ved flere anledninger opplever at pasientens apraktiske utfordringer blir bedre og at flere klarer seg godt i daglige aktiviteter etter ent opphold hos dem. Flertallet opplevde egen praksis som relevant og forteller flere suksess historier, likevel sier flere av informantene at det er vanskelig å si hva som er årsakene til ført bedring og at en ikke skal undervurder spontanbedring. En informant sa følgende:

(...) om det jeg gjør er effekten eller (...) men vi har vel en ide om at det er rette tilnærmingen (...)

Samtlige av informantene opplever at måten de tilnærmer seg pasienter med apraksi har endres seg etter hvert som de får mer erfaring. Flere sier at når man har jobbet en stund med apraksi så blir de tryggere og flinkere til å bygge på egne erfaringer fra gang til gang. De sier at med økt erfaring så blir det lettere og lettere å se hva som fungerer og hva som ikke fungerer og at en har ikke så mye annet å lene seg på og at de må basere behandlingen på det en har sett og hørt. En informant sa vedrørende:

(...) det har vel mest med, tror jeg, erfaringen min i nevrologifeltet. Ja, det er mest erfaringsbasert, helt klart, og det er jo litt ok i og med at (...) for å si det slik så er det vanskelig å forstå apraksi uten at du har møtt en del apraksipasienter. Du må faktisk se.

4.6 Oppsummering av hovedfunnene i resultatet

Hovedfunn fra resultatet viser at ergoterapeuters egne og kollegers erfaringer veier stort for hvordan de tilnærmer seg i behandling ved apraksi, og at bruk av skjønn og resonnering er en viktig del av deres tilnærminger. I tillegg er de opptatt av å tilpasse behandlingstilnærmingene etter pasientens ressurser, aktivitetsutførelse og tidligere interesser og vaner. Ergoterapeutene hadde fokus på mestring og trening i daglige aktiviteter, samt at aktivitetene det trentes på måtte oppleves som verdifull for pasienten og foregå i aktivitetens naturlige setting. Ergoterapeutene fortalte at de hadde gode erfaringer med bruk av hånd-over-hånd guiding, demonstrasjon og bruk av sjekklister i form av ord og bilder som tilnærminger i behandling. De hadde dermed dårlig erfaring med å la pasienter med apraksi ”prøve og feile”, og var opptatt av å hjelpe pasienten videre ved bruk av prinsipper om feilfri læring. Bruk av for mye muntlig språk inn i behandlingen hadde også ergoterapeutene dårlig erfaring med. Ergoterapeutene hadde bedre erfaringer med å anvende minst mulig språk i behandlingen, eventuelt tilpasse språket ved bruk av korte og konsise setninger

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil studiens resultater diskuteres i lys av oppgavens problemstilling, hvordan resonnerer og tilnærmer ergoterapeuter seg i rehabilitering med pasienter med apraksi.

Resultatene vil drøftes opp mot empiri og teori om kunnskapsbasert praksis, profesjonsutøvelser, samt faglig skjønn og klinisk resonnering.

5.1 Hvordan arbeider ergoterapeuter med pasienter som har apraksi?

Generelt er det et økende krav til forskningsbasert praksis i helsetjenesten, også innen ergoterapi (Bennett & Bennett, 2000, s. 171; Jamtvedt & Nortvedt, 2008, s. 17; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er derfor behov for at ergoterapeuter i klinisk praksis tar høyde for forskningskunnskap, samt skiller mellom forskningsbasert kunnskap, personlig erfaring og kunnskap tilegnet fra andre steder. Det blir derfor viktig at ergoterapeuter og helsepersonell generelt er kritisk i vurderingen av faglig og vitenskapelig litteratur (Bennett & Bennett, 2000, s. 175; 177). Dette kan spesielt være viktig innen rehabilitering og behandling siden randomiserte kontrollerte studier (RCT) blir høyt vektlagt for ”best” evidens, av studier som omhandler behandlingseffekt. I følge Bennett og Bennett (2000, s. 175) viser randomiserte kontrollerte studier seg å ikke være like egnet til å svare på alle kliniske spørsmål, noe som kan gjøre dem uhensiktsmessig som utgangspunkt i individualisert behandling, som ofte leveres av ergoterapeuter. Dette poenget kommer for så vidt til syne i de randomiserte kontrollerte studiene (Donkervoort et al., 2001; Smania et al., 2000; Smania, et al, 2006; Edmans et al., 2000) som studerer effekten på ulike intervensjoner for behandling av apraksi. Gjennom disse studiene kommer det tydelig frem at det kan være utfordrende å fremskaffe gyldig kunnskap om effekt av intervensjon på apraksi.

En tydelig tendens blant ergoterapeutene i denne studien er at de i stor grad baserte sin praksis på klinisk erfaring, lærdom fra kurs de hadde deltatt på og pasientenes behov og ønsker som basis for fagutøvelse. Et fåtall informanter nevner at de også anvendte forskningsbaserte studier som utgangspunkt for valg av behandlingsintervensjon, men flere av informantene i studien kunne ikke svare konkret på hvordan de anvendte forskning eller kunne gi en faglig begrunnelse for hvorfor de anvender behandlingstilnærmingene som de trekker frem i intervjuene. Det kan være flere mulige grunner til det. Det er som tidligere nevnt ikke gjennomført mange studier på behandling av apraksi som kan fastslå at det er evidens for å kunne anbefale konkrete behandlingstilnærminger. Med tanke på at retningslinjer og forskning på feltet er begrenset vil det trolig bli sett på som naturlig at ergoterapeutene tar i bruk kunnskap fra egne og kollegers kliniske erfaring.

At informantene i denne studien baserer egen fagutøvelse på opparbeid erfaring gjennom et yrkesaktivt liv, blir imidlertid belyst av Rønnestad (2009, s. 43-44) ansett som vesentlig for å utøve god fagutøvelse. Samtidig er det noe bemerkelsesverdig at flertallet av ergoterapeutene i denne studien primært baserer egen fagutøvelse på erfaring alene - og hvilken substans vil det ha for kvalitetssikring av tjenesteyting? I dagens helse- og omsorgstjeneste er det et økende press på kvalitetssikring av helsetjenestene og mot hensiktsmessig bruk av ressurser, kombinert med høyere forventninger fra pasientene på å motta best mulig helsehjelp (Bennett & Bennett, 2000, s. 171; Nordtvedt, et al., 2007, s 14; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Dette er noe som vil stille krav til at helsepersonell, likeså ergoterapeuter, også yter tjenester som er basert på oppdatert evidensbasert kunnskap.

Når behandlingstilnærmingen i stor grad er basert på erfart kunnskap opparbeid gjennom yrkesutøvelse er det mulig å anta at nyutdannede ergoterapeuter kan oppleve å ikke ha tilstrekkelig kunnskap i behandling med pasienter som har apraksi. Et eksempel på dette var at informantene med kortes yrkeserfaring fremsto som mer opptatt av retningslinjer og forskningsbaserte tiltak og formidlet at mangel på forskningsbasert kunnskap gjorde det utfordrende for dem å finne ut hvordan de skulle gå frem i møte med pasientene. De mer erfarne ergoterapeutene i denne studien problematiserte ikke manglende forskning i like stor grad. En kan mulig anta at de mer erfarne ergoterapeutene kan være tryggere i sine tilnærminger og i større grad har mulighet til å forskerne egen fagutøvelse ved bruk av skjønnsutøvelse for å fremme kvalitet på arbeidet de utfører, og derfor ikke er like opptatt av at det eksisterer få retningslinjer.

Et annet dilemma som kan synliggjøres i denne studien når det gjelder at fagutøvelse primært er basert på erfart kunnskap kan komme til syne når andre yrkesgrupper involveres i oppfølging og behandling av pasientene. Det kommer frem i tidligere studier (Donkervoort et al., 2001) og av informantene i denne studien at det er ergoterapeuter som i hovedsak sitter med mest kunnskap når det gjelder å følge opp pasienter med apraktiske utfordringer. Ergoterapeutene i denne studien uttrykker likevel at tidsaspekter setter begrensninger for å få fulgt opp pasientene i alle aktuelle treningssituasjoner, og at de dermed er avhengig av at andre yrkesgrupper involveres i behandlingen, særlig sykepleier og helsefagarbeider siden det er de yrkesgruppene som møter pasientene i de fleste daglige gjøremål. Det vektlegges hos informantene og gjennom tidligere forskning behov for at behandling rundt pasienter med

apraksi gjennomføres med lik fremgangsmåte. Mangel på kompetanse rundt behandlingstilnærminger hos pleiepersonalet blir løftet fram av flere av informantene som utfordrende for å få jobbet strukturert i behandlingen. Siden sykepleiere og helsefagarbeider ikke sitter med "hovedansvaret" for behandlingen for pasienter med apraksi, kan det av en naturlig årsak tenkes at de selv ikke har satt seg inn i forskningsbasert kunnskap eller har innarbeidet seg egen klinisk erfaring i aktuelt fagfelt. Når ergoterapeutene som har vært med i denne studien primært baserer fagutøvelse rundt behandling av apraksi på erfart kunnskap vil det kanskje ikke være så rart at det vil være vanskelig for også andre yrkesgrupper å vite hvordan en skal tilnærme seg. Videre trekker informantene i denne studien fram at siden de som ergoterapeuter regnes for å ha mest kunnskap om apraksi og behandlingstilnærminger knyttet til denne pasientgruppen, får de en viktig rolle i å informere og veilede andre involverte yrkesgrupper for hvordan behandlingen bør og skal gjennomføres. Likeså kan det muligens tenkes at det kan være vanskelig å bli hørt hos andre yrkesgrupper fordi erfaringsbasert kunnskap kan oppfattes som syning og for mange kan en slik kunnskap kanskje ikke innha like mye styrke som hvis det er basert på forskningsbasert viten. Å basere beslutninger på skjønnsutøvelse må nødvendigvis ikke oppfattes som et svakt grunnlag. I følge Grimen (2008, s. 79- 80) regnes bruk av skjønn, samt bruk av erfaringsbasert og taus kunnskap som en nødvendig del av profesjonsutøvelse for å utøve god profesjonsetikk. Grimen (2008, s. 79- 80) fremhever også at mange profesjonsutøvere ikke alltid klarer å ha full oversikt over egen kunnskap og at profesjonsutøvere ofte sitter på mye kunnskap som de ikke er klar over at de har. Det kan dermed være logiske grunner til at profesjonsutøvere kan oppleve det som utfordrende å skulle gi verbalt uttrykk for hvordan man gjør som man gjør i praksis.

I fremlagt litteratur poengteres det at det er behov for mer tilgjengelig kunnskap om terapeutiske tilnærminger slik at pasienter med apraksi kan behandles mer effektivt (Dovern et al., 2012; West et al., 2008; Worthington, 2016). I det følgende vil ergoterapeuters profesjonsutøvelse i behandling av apraksi diskuteres, og fremgangsmåtene til ergoterapeutene i denne studien vil ses opp mot tilgjengelig forskning på behandling av apraksi.

5.1.1 Utgangspunkt for valgt av tilnærming

Prosessen for kunnskapsbasert praksis i ergoterapi er i hovedsak den samme som for andre helsefag, men forskjeller i fagfeltene og teoretiske perspektiv kan utgjøre forskjeller i

anvendelsen av kunnskapsmodellen (Bennett & Bennett, 2000, s. 172). Det er ingen tydelige føringer for hvordan kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis skal vektlegges i forhold til hverandre, dette kan gi rom for at ulike fagprofesjoner og fagutøvere kan tolke og anvende modellen til hensikt for egen praksis. Pasientens preferanser, ressurser og behov blir fremhevet av ergoterapeutene i denne studien som en viktig innfallsvinkel for valg av tilnærming i behandlingen. Ergoterapi er en fagprofesjon som fremmer helse gjennom å støtte mennesker i å utføre aktivitet og deltakelse i samfunnet. For ergoterapeuter har det dermed alltid vært viktig å fokusere på pasientens behov og bygge opp under den enkeltes motivasjon og mulighet til å leve det livet den enkelte selv ønsker (Borg, et al., 2010, s. 18). Nortvedt et al., (2007, s. 16) trekker frem at hensyn til pasientens preferanse, ønsker og behov er ansett som en vesentlig kunnskapsressurs for tjenesteytere i beslutningsprosesser for vurdering av behandlingstiltak, samt at pasientenes syn bør vektlegges av fagutøvere i behandling.

Ergoterapeutene i denne studien anvender ulike metoder for å innhente informasjon om pasientens hovedutfordring, ressurser, tidligere vaner og interesser og fremhever at valg for behandlingstilnærming tas med bakgrunn i innhentet kunnskap om pasientens preferanser. At ergoterapeutene i denne sammenheng foretar faglige avgjørelser basert på kunnskap rundt pasientene og egen klinisk erfaring kan ses på som en viktig og nødvendig mekanisme i situasjoner hvor det mangler tilstrekkelige retningslinjer og forskningsbasert kunnskap, slik det er gjeldende innenfor behandling av apraksi. Terum og Grimen (2009, s 13) poengterer i tillegg at dersom en fagutøver unnlater bruk av faglig skjønn i slike tilfeller kan føre til u hensiktsmessige beslutninger som i verste fall kan frata pasientene nødvendig behandling. Profesjonell yrkesutøvelse, som gjeldene for ergoterapi, er i følge Grimen (2008, s. 71) preget av et samspill mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Med utgangspunkt i Grimens (2008, s. 72-71) beskrivelser av profesjoners kunnskapsgrunnlag kan man argumentere for at profesjonskunnskap i ergoterapi er heterogen og teoretisk fragmentert. Videre kan en argumentere for at bruk av faglig skjønn vil være viktig i en klientsentrert profesjon som ergoterapi, hvor kunnskapsbasene er satt sammen av kunnskap fra ulike fagfelt som ikke nødvendigvis henger sammen.

I rehabiliteringsarbeid er det derimot en rekke forhold som tilsier at profesjonsutøvere vil være nødt til å utøve skjønn. Manglende handlingsnormer i praksis og få klare retningslinjer for behandling av apraksi tvinger fram bruk av skjønn. Som tidligere nevnt er informantene i denne studien opptatt av å se hver enkelt pasient og tilpasse behandlingen etter innhentet

kunnskap om og fra pasientene. Noen av ergoterapeutene nevnte at de videre prøver å finne en behandlingstilnærming som er tilpasset pasient ved å prøve seg frem med bruk av ulike behandlingstilnærminger til de finner en tilnærming som pasienten profiterer på, fremfor å kun forholde seg til anbefalt forskning i de nasjonale retningslinjene og fra annen forskning. Med tanke på et begrenset omfang for anbefaling av spesifikke behandlingsintervensjon fra allerede gjennomført forskning, og de få anbefalingene retningslinjene tar for seg, vektlegges det hos flere av informantene i denne studien at dersom man skal forholde seg til disse vil det bli vanskelig å tilpasse behandlingen etter pasientenes behov. Hver enkelt pasient vil ha behov for ulike tilnærminger for å oppnå samme mål, og ulike behov bygger opp til bruk av skjønn, også her. Det hevdes av Grimen og Molander (2008, s. 179) at helseprofesjoner, som ergoterapi, har sin hovedberettigelse nettopp ved at de utøver faglig skjønn, som vil si at de anvender generell kunnskap, erfaring og dømmekraft i beslutninger om enkelttilfeller. Fagutøvers evne til å kritisk reflektere og vurdere over anvendelsen av bruk av ulike kunnskapskilder og regler i enkelttilfeller vil være avgjørende for å kunne ta individuelle hensyn (Terum & Grimen, 2009, s. 13).

5.1.2 Ergoterapeuters tilnærming i behandling

Som tidligere omtalt er hovedelementet i behandling av apraksi rettet mot å bedre utførelse i daglige aktiviteter (van Haugten et al., 2000, s. 410). Ergoterapeutene i denne studien fortalte at tiltakene de gjennomførte innebar funksjonell trening i aktivitet hvor de som terapeuter benyttet ulike tilnærminger som muntlig veiledning, terapeutisk guiding, samt demonstrering og imitasjon av bevegelser som støtte til pasienten under trening. Som innfallsvinkel i behandlingen var de opptatt av at feil i utførelse alltid skulle stoppes enten fysisk eller verbalt etter prinsipper fra feilfri læring. Med bakgrunn i dette kan en si at tiltakene ergoterapeutene i denne studien er i tråd med Norske retningslinjer for behandling av apraksi (Helsedirektoratet, 2017). Om man ser videre på de nasjonale retningslinjene for behandling ved apraksi, foreslås det at ergoterapeuter kan ha fokus på å yte generell ergoterapeutisk fagutøvelse, oppgaveorientert trening og bruk av strategitrening som et kompenserende tiltak. Alle disse tilnærmingene ble nevnt av informantene i denne studien. Selv om disse tilnærmingene anbefales på nasjonalt nivå som styrende, er det ikke mulig å fastslå tilstrekkelig evidens for disse tiltakene. Dette indikeres i all tidligere forskning. Det viser imidlertid at ergoterapeuter opplever å ha erfaringer og faglig kunnskap å arbeide med i rehabilitering ved apraksi, og at det blir en vesentlig faktor.

Ergoterapeuters fagutøvelse i slagrehabilitering retter seg mot bruk av ulike tilnærminger med mål om å gjenopprette funksjon som har gått tapt etter hjerneslag og tiltak som baserer seg på kompensere for det som har blitt vanskelig (Gillen & Rubio, 2016, s. 613 – 615). Med bakgrunn i de tilnærmingene som ergoterapeutene i denne studien fremhever virkes det som at de legger mer vekt på bruk av helbredende tilnærminger fremfor kompenserende tilnærminger til apraksi. Gjeldene for alle ergoterapeuter i denne studien arbeidet de i ved rehabiliteringsinstitusjoner og en kan anta at dette kan være en mulig årsak til dette, og at behovet for mer kompenserende tilnærminger vil være gjeldende i et senere forløp.

6.0 Konklusjon og avsluttende kommentarer

I denne studien har ergoterapeuters framgangsmåter og tilnærminger i behandling av apraksi blitt undersøkt. Studien viser at ergoterapeuter primært baserer egen fagutøvelse i behandling av apraksi basert på kliniske erfaringer og resonnering, i tillegg til at pasientenes preferanser, ressurser og tidligere interesser og vaner viser seg å være sterkt avgjørende for ergoterapeuters valg av tilnærming. Ergoterapeutene i studien anvender ulike tilnærminger i behandling av apraksi basert på helbredende- og kompenserende metoder for å øke selvstendighet og delaktighet i hverdagslige aktiviteter. Terapeutisk guiding, demonstrasjon, muntlig instruksjon, bruk av korte og konsise setninger, bruk av sjekklister i form av ord eller bilder og bruk av prinsipper fra feilfri lærings metoden, er blant metodene ergoterapeutene anvender i behandling av apraksi.

6.1 Avsluttende kommentarer

Studien kan gi innsikt i ergoterapeuter fagutøvelse i behandling av apraksi. Til tross for begrenset forskning og tilstrekkelig evidens for anbefaling av spesifikke terapeutiske intervensjoner til apraksi viser studiens funn hvordan ergoterapeuter med bruk av egen faglig bakgrunn og erfaringer fra praksis kan tilnærme seg i behandling med personer med apraksi.

Med tanke på at det finnes et begrenset antatt studier som ser på behandling av apraksi vil flere studier som ser på ergoterapeuters tilnærminger i klinisk nære praksiser bidra med flere perspektiver for behandling av apraksi. Det er også behov for studier som særlig ser på overføringsverdi og langtidseffekt på terapeutiske intervensjoner.

7.0 Referanser

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bennett, S., & Bennett, J. W. (2000). The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47(4), 171-180.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. (5. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77- 101.
- Borg, T., Brandt, Å., Madsen, A. J., Runge, U., & Tjørnov. (2010). Introduktion til ergoterapi I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J, Madsen (Red). *Basisbok i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. (s. 18- 25). København: Munksgaard Danmark.
- Cantagallo, A., Maini, M., & Rumiati, R. I. (2012). The cognitive rehabilitation of limb apraxia in patients with stroke. *Neuropsychological rehabilitation*, 22(3), 473-488.
- Cicerone, K. D., Dalhberg, C., Malec, J. F., Langenbahn, D. M., Felicetti, T., Kneipp, S., Ellmo, W., Kalmar, K., Giacino, J., Harley, J. P., Laatsch, L., Morse, P. A., & Catanese, J. (2005). Evidence- based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archived of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1681-1692.
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet – perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskr Nor legefören*, 127 (9), 1228-1231.
- Donkervoort, M., Dekker, J., Van Den Ende, E., & Stehmann-Saris, J. C. (2000). Prevalence of apraxia among patients with a first left hemisphere stroke in rehabilitation centres and nursing homes. *Clinical Rehabilitation*, 14(2), 130-136.
- Donkervoort, M., Dekker, J., Stehmann- Saris, F. C., & Deelman, B. (2001). Efficacy og Strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia: A randomised clinical trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(5), 549-566.
- Dovern, A., Fink, G. R., & Weiss, P. H. (2012). Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *Journal of neurology*, 259(7), 1269-1283.
- Edmans, J. A., Webster, J., & Lincoln, N. B. (2000). A comparison of two approaches in the treatment of perceptual problems after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14(3), 230-243.

- Ellekjær, H., & Selmer, R. (2007). Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskr Nor Legeforen*, 127(6), 740-743.
- Engebretsen, E., Vøllestad, N. K., Wahl, A.K., Robinsen, H. S. & Heggen, K. (2015). Unpacking the process of interpretation in evidence-based decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 529- 531.
- Fjærtøft, H., & Indredavik, B. (2007). Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. *Tidsskr Nor Legeforen*, 127 (4), 442- 445.
- Jackson, T., & Wolff, S. (2010). Management of Cognitive Impairments. I J. Edmans (Red.), *Occupational Therapy and Stroke* (p. 144- 157). Chichester, West Sussex, U.K: Blackwell Pub.
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis!. *Ergoterapeuten*, nr. 01, s. 10 – 18.
- Kunnskapssenteret (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 02.05.2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristensen, H. K., & Nielsen, G. E. (2011). *Ergoterapi og hjerneskade*. (4. Utg.). København: Munksgaard Danmark.
- Gammeltoft, B. C. (2011). *Skjulte Handicaps hos personer ramt af hjerneskade. En sansemæssig- kropslig tilgang*. (3. utg.). Danmark: PE Offset A/S.
- Geusgens, C., van Heugten, C., Donkervoort, M., van den Ende, E., Jolles, J., & van den Heuvel, W. (2006). Transfer of training effects in stroke patients with apraxia: an exploratory study. *Neuropsychological rehabilitation*, 16(2), 213-229.
- Gillen, G., & Rubio, K. B. (2016). Treatment of Cognitive-Perceptual Deficits: A Function-Based Approach (4 Utg.). I G. Gillen (Red.), *Stroke rehabilitation. A function- Based Approach* (p. 612- 646). USA: Mosby
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L.I. Terum (Red). *Profesjonsstudier*. (s. 71- 85). Oslo: Universitetsforlaget
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og kjønn. I I A. Molander og L.I. Terum (Red). *Profesjonsstudier*. (s. 179- 196). Oslo: Universitetsforlaget
- Goldenberg G., & Hagmann, S. (1998). Therapy of activities of daily living in patients with apraxia. *Neuropsychological Rehabilitation. An International Journal*, 8(2), 123-141.

- Goldenberg G., Daumuller, M., & Hagmann, S. (2001). Assessment and therapy of complex activities of daily living in apraxia. *Neuropsychological Rehabilitation. An International Journal*, 11(2), 147- 179.
- Hansen, H. F., & Rieper, O. (2009). Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I Grimen, H. & Terum, L. I. (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. (s. 17 – 37). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted – til rett tid (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009))*. Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Veileder IS-1870/2012)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/184/Veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer-IS-1870.pdf>
- Helsedirektoratet, (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Hjerneslag.pdf>
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. (2018, 28. juni). Hva på jeg informere om? Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Rønnestad, M. H., (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I. Grimmen, H. Og Terum, L.I. (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag

- Smania, N., Girardi, F., Domenicali, C., Lora, E., & Aglioti, S. (2000). The Rehabilitation of Limb Apraxia: A Study in Left- Brain- Damaged Patients. *Archived of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 379- 388.
- Smania, N., Aglioti, S. M., Girardi, F., Tinazzi, M., Fiaschi, A., Cosentino, A., & Corato, E. (2006). Rehabilitation of limb apraxia improves daily life activities in patients with stroke. *Neurology*, 67(11), 2050- 2052.
- Solvang, P. K & Slettebø, Å. (2012). Forståelser av rehabilitering. I Solvang, P. K & Slettebø, Å (Red.), *Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 15-34). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I H. Grimen, & L. I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. (s. 9- 16). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Van Heugten, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., Van Dijk, A. J., & Stehmann- Saris, J. C. (1998). Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: A phase II study. *Clinical Rehabilitation*, 12(4), 294- 303.
- van Heugten, C. M., Dekker, J., Deelman, B. G., van Dijk, A. J., Stehmann-Saris, F. C., & Kinebanian, A. (2000). Measuring disabilities in stroke patients with apraxia: A validation study of an observational method. *Neuropsychological rehabilitation*, 10(4), 401-414.
- Van Heugten, C. M. (2001). Rehabilitation and management of apraxia after stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(2), 177-184.
- Van Haugten, C. & Geusgens, C. (2009). Strategies to Compensate for Apraxia Among Stroke Clients – The Cognitive Strategy Training. I I. Søderback (Red.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (s. 241-248). New York: Springer.
- West, C., Bowen, A., Hesketh, A., & Vail, A. (2008). Interventions for motor apraxia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Worthington, A. (2016). Treatment and technologies in the rehabilitation of apraxia and action disorganisation syndrome: A review. *NeuroRehabilitation*, 39(1), 163- 174.
- Wyller, T. B., & Sveen, U. (2002). Ikke- språklige kognitive symptomer etter hjerneslag. *Tidsskri Nor Legeforen*. 122(6), 627- 630.
- 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(7), 819-827.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Intro

Hei – Hei

Nå kommer jeg til å sette deg på høyttaler, også skrur jeg på båndopptakeren. Er det noe du lurer på før dette?

SKRU PÅ BÅNDOPPTAKER!

Intensjon min med denne studien er å studere den kliniske behandlingen som skjer i møte mellom ergoterapeuter og pasienter med apraksi. Jeg vil finne ut mer om hvordan ergoterapeuter arbeider med denne gruppen. Derfor er jeg interessert i å høre hvordan du jobber.

Jeg vil jo høre mest fra deg. Så det er helt greit å ta seg tenkepauser.

Også må jeg bare nevne, fordi vi snakker i telefon, så har sikkert begge to opplevd at det er rart når det blir helt stille. Det må vi nesten bare tillate.

Jeg stiller kanskje noen oppfølgingsspørsmål underveis. Hvis det er noe du ikke hører eller får med deg, så bare spør igjen, så gjør jeg det samme.

Jeg har tenkt at vi skal snakke litt rundt to temaer, de er:

- **Møte mellom ergoterapeut og apraksipasienter**
- **Behandlingstilnærming**
 - **Kartlegging**
 - **Behandlingsforløp**

Helt tilslutt har jeg noen bakgrunnsspørsmål som vi tar helt til slutt.

Møte mellom ergoterapeut og apraksipasienter

1. Du er jo utdannet ergoterapeut har du tatt noe relevant kurs/videreutdanning som har noe å si for hvordan du arbeider?
2. Hvor lenger har du arbeidet med denne pasientgruppen?
3. Kan du fortelle litt om arbeidsplassen du arbeider ved?
4. Hvor ofte har dere pasienter med apraksi?
 - a. Hvor tidlig i forløpet møter du pasienter med apraksi?
 - b. Opplever du at de kommer til dere på riktig tidspunkt?
5. Hvorfor tenker du at ergoterapeuter arbeider med denne pasientgruppen?
 - a. Hvilke tilnærminger mener du er viktig at en ergoterapeut har i møte med denne gruppen?
 - b. Hvilken rolle har ergoterapeuter i arbeid med apraksipasienter?
 - c. Hvordan arbeider du med pasienten i en tverrfaglig sammenheng?
6. Kan du si litt om hvordan du opplever pasienter med apraksi når du møter dem?
 - a. Er det noe du opplever som utfordrende med denne pasientgruppen?
 - b. Hva gjorde du da?
7. Hvordan får du inn brukerperspektivet i de første møtene med pasientene?

Behandlingstilnærming

8. Hvordan går du frem i møte med pasienter med apraksi? Kan du si litt om din terapeutiske tilnærming?
 - a. Har du et spesielt fokus i behandlingen kanskje?
 - b. Hva er viktig for deg å vektlegge i en treningssituasjon?
 - c. Er det en gitt sammenheng mellom behandlingene gang fra gang?
 - d. Hvordan instruerer du pasient i behandlingen?
 - e. Bruk av eget språk, plasseringer, input (både verbal og taktilt) til pasient fra deg?
9. Følger dere noen retningslinjer her på arbeidsplassen for hvordan dere skal gå frem i møte med apraksipasientene?
 - a. Har dere utarbeidet dem selv? Eller er det nasjonale retningslinjer?
 - b. Hvordan har dere gått frem når dere har utarbeidet dem?
 - c. Er de utarbeidet med utgangspunkt i forskning på området?
 - d. Hvordan forholder du deg til dette? Hvor har du hentet din kunnskap?
 - e. Hvordan synes du retningslinjene fungerer? *Er de til hjelp?* Hvis NEI:
 - i. Har du noen tanker om hvorfor ikke?
 - ii. Hva er da utgangspunktet eller bakgrunnen for de tilnærmingene dere bruker?

iii. Erfaring?

10. Hva synes du er viktig å tenke på i en behandlingssituasjon med apraksirammede?

Kartlegging

11. Hvordan kartlegger du apraksipasienter?

- a. Bruker du noen spesielle kartleggingsverktøy?
- b. Når: før, under, etter

12. Hva er det som er viktig når du gjør kartlegging av apraksipasienter?

- a. Hvordan kommer samtalen med pasienten inn?

Behandlingsforløp

13. Kan du fortelle om et behandlingsforløp du har gjennomført med en pasient med apraksi, fra start til slutt?

- a. Når i forløpet kom du inn?
- b. Hadde/har du en plan for behandlingen på forhånd?
- c. Hvordan kom du fram til fremgangsmåten for behandlingen?
- d. Hvor ofte hadde du behandlinger med pasienten?
- e. Intensitet, hyppighet.

14. Hvilke tanker gjør du deg om den behandlingen du gjør, i forhold til når brukerne skal hjem?

- a. Har du noen tanker om hvilken overføringsverdi til andre aktiviteter og hjemmet?
- b. Evt. Tanker om hva som kan gjøres annerledes for at det skal ha overføringsverdi

15. Opplever du at arbeidet ditt har endret seg ut i fra hvordan du jobbet før og hvordan du jobber med denne pasientgruppen nå?

Bakgrunnsspørsmål:

1. Hva er alderen din?
2. Hvor lenge er det siden du fullførte din bachelorgrad?

Oppsummering:

1. Er det noe du vil legge til før vi avslutter? Eller utdype?

Da vil jeg bare si tusen takk for at du tok deg tid til å prate med meg. Jeg håper det er greit om jeg tar kontakt, hvis det er noe jeg har glemt eller er usikker på. Og du kan selvfølgelig gjøre det samme. Jeg er veldig tilgjengelig.

Takk igjen for intervjuet.

SKRU AV BÅNDOPPTAKER! *(Hvis de plutselig snakker mer, spør om å skru på igjen)*

Hjelpespørsmål:

Hva er grunnen til det?

Hvordan synes du det bør være?

Hvorfor tror du det er sånn?

Kan du si litt mer om det? (Kan du utdype?)

Forespørsel til ergoterapeut om deltakelse i forskningsprosjekt

”Behandlingstilnærminger ved apraksi – En kvalitativ studie av ergoterapeuters tilnærminger i rehabilitering ved apraksi”

Bakgrunn og formål

I anledning mitt masterstudie ved høyskolen i Oslo og Akershus, retter jeg forespørsel til deg som ergoterapeut om deltakelse til studien. Du blir forespurt om å delta i denne studien av den grunn at du er utdannet ergoterapeut og har over fire års arbeidserfaring innen rehabilitering av personer som har blitt rammet av apraksi etter hjerneslag.

Intensjon for studien er å rette fokus mot den kliniske behandlingen som skjer i møte mellom ergoterapeuter og mennesker som har apraktiske vansker i tidlig fase etter hjerneslag. Studiens hensikt er å fremskaffe mer kunnskap for hvilke behandlingstilnærminger ergoterapeuter anvender i rehabilitering for personer som har fått apraksi som følge av hjerneslag.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du inngår i studien som behandlende ergoterapeut. Jeg ønsker å følge deg som ergoterapeut i de tre første behandlinger som naturlig inngår i pasientens rehabiliteringsopplegg. I observasjonene inngår ikke bruk av video, kun lydopptak vil bli gjort. Dersom det blir observert spesielle teknikker eller fremgangsmåter som vil være hensiktsmessig å beskrive i materialet, kan bruk av fotografering bli benyttet. Under observasjonene vil det bli lagt vekt på hva du som ergoterapeut gjør i behandlingen med pasienter med apraksi.

I etterkant vil observasjonene bli fulgt opp med et ustrukturert intervju av en times varighet. Dette for å få et dypere innblikk i ditt arbeid med denne pasientgruppen. Her vil det bli stilt åpne spørsmål relatert til det du som ergoterapeut gjorde i behandlingen.

Observasjonene og intervjuene vil bli tatt opp på lydfil som senere vil bli transkribert med henblikk på analyse av materialet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun forsker og veileder som vil ha tilgang til personopplysningene om deg. Direkte personidentifiserbare detaljer lagres adskilt fra øvrige data. Datamaterialet blir anonymisert og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner ved publisering.

Prosjektet skal etter planen avsluttet en gang mellom mai og august 2018. Alt av data og personopplysninger som ikke inngår i selve masteroppgaven vil deretter bli destruert. Lydopptakene slettes når studien er ferdig.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder, Elisabeth Berg på tlf. 90 53 58 89 eller e-post s309402@stud.hioa.no. Ansvarlig veileder på prosjektet kan også kontaktes: Karen Synne Groven, tlf. 67 23 66 29 eller på e-post Karen-Synne.Groven@hioa.no

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – NSD meldeskjema



Karen Synne Groven
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 07.11.2017

Vår ref: 56325 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 02.10.2017 for prosjektet:

56325	<i>Behandlingstilnæringer ved apraksi - En kvalitativ studie av ergoterapeuters tilmæringer i rehabilitering ved apraksi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karen Synne Groven</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Berg</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / hildur.thorarensen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabeth Berg, elisabeth.beerg@gmail.com



FORMÅL

Den overordnede hensikten med denne studien er å søke mer kunnskap for hvordan ergoterapeuter møter apraksirammede i deres rehabilitering. Mer konkret vil studiens hensikt være å undersøke hvilke behandlingstilnæringer ergoterapeuter støtter seg til og benytter i rehabiliteringen, med hensikt om å løfte det ergoterapeutiske arbeidet i å kunne gi denne pasientgruppen et optimalt behandlingstilbud.

Temaet ergoterapeutiske tilnæringer og apraksi, blir drøftet gjennom følgende spørsmål: Hvilke tilnæringer benytter ergoterapeuter i rehabilitering med pasienter som har apraktiske vansker som følge av hjerneslag?

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet.

DATASIKKERHET

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLOTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 15.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 4 – NSD svar på endringsmelding

Fra: Håkon Tranvåg Hakon.Tranvag@nsd.no
Emne: SV: Prosjektnr: 56325. Behandlingstilnærminger ved apraksi - En kvalitativ studie av ergoterapeuters tilmæringer i rehabilitering ved apraksi
Dato: 20. juni 2018 kl. 07:52
Til: Elisabeth Berg elisabeth.beerg@gmail.com



Hei,

Ok, takk for svar. Da trenger du ikke sende noe videre bekreftelse. Jeg lar prosjektet stå som «avsluttet» i systemet vårt, og vi kommer ikke til å følge det opp videre.

Lykke til videre!

Mvh,
Håkon Tranvåg

Fra: Elisabeth Berg [<mailto:elisabeth.beerg@gmail.com>]

Sendt: 19. juni 2018 21:46

Til: Håkon Tranvåg

Emne: Re: Prosjektnr: 56325. Behandlingstilnærminger ved apraksi - En kvalitativ studie av ergoterapeuters tilmæringer i rehabilitering ved apraksi

Hei,

Takk for svar! Det er kun anonymiserte data som skal behandles fremover. Alt av lydfiler og personopplysninger er slettet. Holder dette som bekreftelse eller er det noe mer dere trenger? Har også bekreftet dette på en mail som ble sendt ut fra dere for noen uker siden.

Hilsen
Elisabeth

Sendt fra min iPhone

19. jun. 2018 kl. 16:54 skrev Håkon Tranvåg <Hakon.Tranvag@nsd.no>:

Hei,

Jeg viser til endringsmeldingen for prosjektet ditt, registrert hos NSD 05.06.2018.

Du ber om utsettelse av prosjektslutt og en forlengelse av behandling av anonymiserte data. Vi har registrert prosjektet ditt som avsluttet.

Dersom det bare er anonymiserte data du skal behandle fremover trenger du ikke søke om utsettelse hos. Vi trenger bare beskjed dersom du fremdeles skal behandle personopplysninger. Kan du bekrefte at alle personopplysninger i datamaterialet er anonymisert? I så fall gjør vi ikke noe med endringsmeldingen. Dersom du fremdeles har personopplysninger gjenåpner vi prosjektet og setter ny dato til 31.12.2018.

Ta gjerne kontakt om noe er uklart!

Mvh,
--

Håkon Jørgen Tranvåg
Rådgiver | Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: (+47) 55 58 20 43

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for
Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no