

Handleiding A-ONE in kaart

Inleiding

In 2004 heeft de Nederlandse Hartstichting het stimuleringsfonds 'Tools 4 Care' ingesteld. Dit fonds heeft subsidie ter beschikking gesteld voor projecten die leiden tot een 'tool' om de zorg voor patiënten met een beroerte in het (sub)acute stadium te verbeteren. Twee ergotherapeuten (drs. J.M.T. Julicher en drs. E.H.C. Cup) uit het UMC St Radboud hebben van dit stimuleringsfonds subsidie ontvangen om de A-ONE in kaart te ontwikkelen.

In deze handleiding wordt inzicht gegeven in de achtergrond (A-ONE), de procedure van de ontwikkeling van de A-ONE in kaart, het doel, de doelgroep, de itemselectie, de werkwijze, het advies, de evaluatie en de implementatie van de A-ONE in kaart. Aan het eind van de handleiding volgt een overzicht van de leden van de werkgroep, referenties en een definiëring van de gedragsneurologische begrippen.

Achtergrond (de A-ONE)

De A-ONE in kaart is gebaseerd op het ergotherapeutisch observatie-instrument de Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) (Arnadóttir 1990; Steultjens 1998). De A-ONE is een ergotherapeutisch meetinstrument waarmee gelijktijdig de ADL-zelfstandigheid en de gedragsneurologische stoornissen tijdens de uitvoering van zelfzorgtaken in kaart worden gebracht (Arnadóttir 1990; Steultjens 1998). Met de A-ONE worden taken uit de domeinen aankleden, persoonlijke hygiëne, transfers en mobiliteit, eten en drinken en communicatie geobserveerd en gescoord. Het niveau van zelfstandig functioneren en de hieraan gerelateerde gedragsneurologische stoornissen geven richting aan het behandelplan. Tevens is het mogelijk om via herhaalde meting verandering in het functioneren vast te leggen. Om de A-ONE af te kunnen nemen moeten ergotherapeuten een post-HBO cursus volgen. Daarna volgt een officiële registratie. In de evidence-based ergotherapie richtlijn beroerte wordt de A-ONE aanbevolen als betrouwbare en valide maat om het handelen te evalueren (Cup and Steultjens 2005).

Ontwikkeling en samenstelling van de A-ONE in kaart

In Pubmed is gezocht naar beschikbare rapportage-/ overdrachtsinstrumenten van de ergotherapie naar de verpleging gebaseerd op de A-ONE observatie. Hierover zijn geen publicaties gevonden. Vervolgens is in het werkveld geïnventariseerd welke formulieren gebruikt worden. Op basis hiervan is een eerste concept van de A-ONE in kaart samengesteld. Dit concept is voorgelegd aan een werkgroep van ervaren A-ONE geschoolde ergotherapeuten en collega verpleegkundigen uit revalidatiecentra en ziekenhuizen en twee externe adviseurs. Tijdens een eerste expertbijeenkomst werd de inhoud en lay-out van het eerste concept besproken. Naar aanleiding hiervan is het concept bijgesteld en in de praktijk uitgetoetst. Na de praktijktoetsing heeft een tweede expertbijeenkomst plaatsgevonden waarin de ervaringen in het gebruik en bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie zijn besproken. Vervolgens is de definitieve A-ONE in kaart samengesteld.

Doel

Het doel van de A-ONE in kaart is een efficiënte (snelle, eenvoudige, overzichtelijke, begrijpelijke en eenduidige) overdracht van de bevindingen uit de A-ONE (door de ergotherapeut afgenomen) aan verpleegkundigen en andere leden van het multidisciplinaire team. De A-ONE in kaart bestaat uit één dubbelzijdig A-4 formulier. Hierin wordt advies gegeven ten aanzien van begeleiding van patiënten na een beroerte bij de zelfverzorging, gebaseerd op een analyse van het handelen met de A-ONE. De verpleegkundige kan deze gegevens gebruiken voor het opstellen van de zorgplannen voor de dagelijkse zorg voor de patiënt. De 'A-ONE in kaart' lijkt ook bruikbaar als overdrachtsformulier in de CVA-zorgketen.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit ergotherapeuten, verpleegkundigen en andere teamleden die betrokken zijn bij de behandeling, begeleiding en verzorging van patiënten na een beroerte. De A-ONE in kaart moet worden ingevuld door een ergotherapeut die geschoold is in de afname van de A-ONE.

Itemselectie

De items van de A-ONE in kaart zijn gebaseerd op de items van de A-ONE. De dagelijkse routine van de patiënt, de routines bij de verzorging en begeleiding in de instelling en het doel van de A-ONE in kaart hebben ertoe geleid dat de items van de A-ONE zijn bewerkt en aangevuld.

Op de voorpagina van de A-ONE in kaart worden de algemene gegevens van de patiënt geregistreerd (naam, geboortedatum, diagnose, links- of rechtshandigheid, datum van de observatie en naam van de therapeut). Daarna worden eventuele problemen in de communicatie vermeld. Vervolgens worden gegevens over de dagelijkse routines van vóór de beroerte beschreven (de gebruikelijke volgorde, of iemand voorheen hulp kreeg, welke gebruiksvoorwerpen bij het wassen, drogen en aankleden worden gebruikt). Ook wordt geïventariseerd welke hulpmiddelen op dat moment van toepassing zijn. Vervolgens volgt op de voorpagina advies over de begeleiding van de patiënt bij de zelfverzorging. Dit advies wordt verderop in de handleiding toegelicht.

Op de achterkant worden de scores voor de zelfstandigheid en de gedragsneurologische stoornissen vermeld en toegelicht.

Bij het onderdeel transfers en mobiliteit worden de volgende items geobserveerd: opkomen van lig tot zit; transfer uit bed; transfer uit een (rol)stoel; en verplaatsen.

Daarna volgt het onderdeel benodigdheden. Hierbij worden de volgende items geobserveerd: verzamelen (zoeken, vinden en pakken van bijvoorbeeld handdoek, toiletartikelen en kleding); verplaatsen (meenemen naar de wastafel of douche); en organiseren (klaarzetten en ordenen voor gebruik). Bij de A-ONE wordt dit onderdeel benodigdheden niet apart gescoord. Bij de A-ONE in kaart is dit onderdeel toegevoegd, omdat het verzamelen, verplaatsen en organiseren van de benodigdheden direct te maken heeft met de benodigde hulp en begeleiding door de verpleegkundigen.

Wanneer alles klaar staat wordt de persoonlijke hygiëne geobserveerd aan de hand van de volgende items: uitkleden bovenlichaam; uitkleden onderlichaam; wassen/afdrogen bovenlichaam; wassen/afdrogen onderlichaam; aankleden bovenlichaam; en aankleden onderlichaam. Bij de A-ONE wordt alleen het aankleden gescoord, uitgesplitst naar afzonderlijke kledingstukken. Bij de A-ONE in kaart worden zowel het aan- als het uitkleden van boven- en onderlichaam apart gescoord. Deze onderverdeling is ook gemaakt bij het wassen en afdrogen.

Vervolgens worden tanden poetsen, haren kammen en scheren/make-up geobserveerd. Aanvullend kunnen de toiletgang, het eten (smeren en snijden en eten van het brood en/of de warme maaltijd) en drinken geobserveerd worden.

Alle bovengenoemde items worden na de observatie gescoord aan de hand van een 5 puntschaal conform de A-ONE:

- 4 = zelfstandig en in staat te generaliseren naar andere situaties;
- 3 = zelfstandig met toezicht;
- 2 = verbale begeleiding;
- 1 = fysieke begeleiding of demonstratie;
- 0 = niet in staat te handelen, volledige hulp nodig.

Na de scores voor de zelfstandigheid worden de gedragsneurologische stoornissen gescoord aan de hand van een dichotome score:

- 0 = stoornis is afwezig;
- 1 = stoornis is aanwezig.

Voor een overzicht van alle gedragsneurologische stoornissen die gescoord worden en de toelichting wordt verwezen naar de bijlage met definiëring van de begrippen.

Werkwijze

Vóór de A-ONE observatie worden gegevens over de routines van de patiënt verzameld. Indien de patiënt niet goed kan communiceren, worden de gegevens zo mogelijk bij de naasten nagevraagd.

Tijdens de A-ONE observatie geeft de ergotherapeut in eerste instantie alleen verbale instructie: *“Wilt u uit bed komen om zich te gaan verzorgen?”* Als de patiënt niet of verkeerd handelt dan stelt de ergotherapeut in eerste instantie vragen om de patiënt te laten beginnen of om zichzelf te corrigeren. Bijvoorbeeld

“Kunt u op de rand van het bed komen zitten?”

“Wilt u de spullen die u nodig hebt verzamelen?”

“Hebt u de spullen gepakt die u nodig hebt?”

“Wat moet u doen voordat u zich gaat wassen?” “Wilt u zich uitkleden?” etc.

Indien verbale instructie onvoldoende is, dan worden handreikingen of hulp geboden. Na de observatie wordt zowel de A-ONE als de A-ONE in kaart ingevuld.

Indien een onderdeel niet geobserveerd is wordt dit bij de toelichting vermeld. De A-ONE in kaart wordt vervolgens met de verantwoordelijk verpleegkundige besproken en in het verpleegkundig dossier gedaan.

Advies

Het advies bestaat uit de formulering van één of meerdere hoofdproblemen die tijdens de A-ONE observatie naar voren kwamen. De hoofdproblemen worden geformuleerd in termen van gedragsneurologische stoornissen die leiden tot beperkingen in de zelfzorgactiviteiten. Hieruit worden de belangrijkste doelstellingen op activiteitsniveau geformuleerd. Daarna worden de doelen per onderdeel (transfers en mobiliteit / benodigdheden / persoonlijke hygiëne / eten en drinken) uitgewerkt in concrete adviezen. Er wordt aangegeven welke interventies (instructie, begeleiding, feedback of aanpassing van de omgeving/situatie) nodig zijn om de taken optimaal te laten uitvoeren door de patiënt.

Evaluatie

Het kan noodzakelijk zijn om gegevens op de ‘A-ONE in kaart’ te wijzigen, bijvoorbeeld bij vooruitgang in functioneren door de patiënt. Dan moet opnieuw een A-ONE worden afgenomen en een A-ONE in kaart worden ingevuld.

Implementatie

De bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van de A-ONE in kaart zijn geëvalueerd bij de deelnemers aan de tweede expertbijeenkomst. Over het algemeen is er bij alle deelnemers een grote bereidheid om de A-ONE in kaart te gaan gebruiken. Een belangrijk argument hierbij is dat dit bijdraagt om landelijk meer uniformiteit te krijgen. Voor de gebruiksvriendelijkheid is de wens geuit dat het formulier gemakkelijk met de computer in te vullen moet zijn.

Naast de algemene bereidheid om de A-ONE in kaart te gaan gebruiken waren de praktijkervaringen wisselend. Bij enkele instellingen was nog geen structurele overdracht van de A-ONE naar de verpleging. De A-ONE in kaart werd hier als een duidelijke verbetering ervaren. Op afdelingen waarbij de verpleging op zoek is naar een methode of instrument voor de analyse en verslaglegging van cognitieve problemen lijkt de A-ONE in kaart aan deze behoefte te voldoen. Op sommige werkplekken betekent de A-ONE in kaart de introductie van een nieuw formulier, terwijl men moeite heeft om de eigen/oude werkwijze los te laten.

In samenwerking met de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie en de Nederlandse Vereniging voor Neurologieverpleegkundigen wordt een plan voor implementatie besproken. Het voornemen is om, naast publicaties in de vaktijdschriften over de ontwikkeling van de ‘A-ONE in kaart’, workshops te organiseren over het gebruik van de A-ONE in kaart. Ook internationaal is reeds belangstelling getoond voor de A-ONE in kaart.

Werkgroep

De ‘A-ONE in kaart’ is samengesteld door een werkgroep met ergotherapeuten en verpleegkundigen uit verschillende werkvelden (ziekenhuizen: neurologie en neurochirurgie en revalidatiecentra).

Tevens is advies gevraagd aan twee externe adviseurs.

De leden van de werkgroep zijn:

Drs. E.H.C. Cup (Edith), projectleider Ergotherapeut en gezondheidswetenschapper, Paramedisch OnderzoeksCentrum (POC), Paramedische Disciplines, Ergotherapie, UMC St Radboud, Nijmegen

Drs. J.M.T. Julicher (Anne-Marie), projectuitvoerder Ergotherapeut en gezondheidswetenschapper, Paramedisch OnderzoeksCentrum (POC), Paramedische Disciplines, Ergotherapie, UMC St Radboud, Nijmegen

Dr. E.M.J. Steultjens (Esther), adviseur Ergotherapeut en neuropsycholoog, stafmedewerker Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE), tevens A-ONE docent

Drs. P. van Keeken (Paul), adviseur Bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie Verpleegkundigen (NVNV), tevens oprichter van het Nijmeegs Kenniscentrum voor Neurorevalidatie UMC St Radboud, Nijmegen

Experts:

E.M.M. van der Aa (Esther) Ergotherapeut, Het Roessingh, Centrum voor Revalidatie, Enschede

A.M. Burger (Marianne) Verpleegkundige, Heliomare Revalidatie, Wijk aan zee

C.M. Berkhout (Katja) Ergotherapeut, Heliomare Revalidatie, Wijk aan zee

F.A.P. Brugman (Folkert) Verpleegkundige, Afdeling Neurochirurgie, UMC St Radboud, Nijmegen

E. Greeve (Elly) Verpleegkundige, St Franciscus Gasthuis, Rotterdam

E.N.E. Jansen (Esther) Ergotherapeut, St Franciscus Gasthuis, Rotterdam

F. Peters (Femke) Verpleegkundige, afdeling neurochirurgie, UMC St Radboud, Nijmegen

H.M.J.M. Petersen-Baltussen (Harriëtte) Verpleegkundige, afdeling neurochirurgie, UMC St Radboud, Nijmegen

B. Rood (Berna) Verpleegkundige, afdeling neurologie, UMC St Radboud, Nijmegen

G.J. Temmink (Gert) Verpleegkundige, Het Roessingh, Centrum voor Revalidatie, Enschede

Literatuur

Arnadottir, G. (1990). The Brain and Behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living. St Louis, Mosby.

Cup, E. and E. Steultjens (2005). Ergotherapierichtlijn Beroerte. Utrecht, NVE.

Steultjens, E. M. J. (1998). "A-ONE; De Nederlandse versie." Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie **26**(3): 100-104.

A-ONE in kaart

Ergotherapie-overdracht op basis van de A-ONE Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (G.Arnadottir, 1990; Steultjens, 1998)

Persoonlijke gegevens

naam patiënt geboortedatum diagnose	datum observatie naam A-ONE therapeut linkshandig / rechtshandig
---	--

Communicatie

taalbegrip taalexpressie

Gewoonten en hulp

Gewoonten bij de zelfverzorging vóór de opname Voorheen hulp?	Gewoonten bij het eten vóór de opname Voorheen hulp?
--	---

Benodigheden

0 scheerapparaat / nat scheren 0 (elektrische) tandenborstel 0 washand / handdoek 0 zeep / douchegel 0 deodorant 0 make up / aftershave 0 overig
--

Hulpmiddelen

0 bril / lenzen 0 gebitsprothese 0 gehoorapparaat 0 douchezitje 0 rollator 0 rolstoel 0 overig
--

Advies

Hoofdprobleem	Doel

Transfer en mobiliteit

--

Benodigheden

--

Persoonlijke hygiëne

--

Eten en drinken

--

ZELFSTANDIGHEIDSSCORE

4 = zelfstandig en in staat te generaliseren naar andere situaties
 3 = zelfstandig met toezicht
 2 = verbale begeleiding
 1 = fysieke begeleiding of demonstratie
 0 = niet in staat te handelen, volledige hulp nodig

Transfers en mobiliteit	Score					Toelichting
opkomen van lig tot zit	4	3	2	1	0	
transfer uit bed	4	3	2	1	0	
transfer uit stoel	4	3	2	1	0	
verplaatsen	4	3	2	1	0	
Benodigheden						
verzamelen	4	3	2	1	0	
verplaatsen	4	3	2	1	0	
organiseren	4	3	2	1	0	
Persoonlijke hygiëne						
uitkleden bovenlichaam	4	3	2	1	0	
uitkleden onderlichaam	4	3	2	1	0	
wassen/drogen bovenlichaam	4	3	2	1	0	
wassen/drogen onderlichaam	4	3	2	1	0	
aankleden bovenlichaam	4	3	2	1	0	
aankleden onderlichaam	4	3	2	1	0	
haren kammen	4	3	2	1	0	
tanden poetsen	4	3	2	1	0	
scheren, make up	4	3	2	1	0	
toiletgang	4	3	2	1	0	
Eten en drinken						
eten	4	3	2	1	0	
drinken	4	3	2	1	0	

GEDRAGSNEUROLOGISCHE SCORE

0 = stoornis is afwezig 1 = stoornis is aanwezig

Gedragzneurologische stoornis	Score		Toelichting
ideomotorische apraxie	0	1	
ideoaire apraxie	0	1	
unilateraal lichaamsneglect	0	1	
unilateraal ruimtelijk neglect	0	1	
somato-agnosie	0	1	
stoornissen in ruimtelijke relaties	0	1	
abnormale tonus links / rechts	0	1	
beperkte organisatie /volgorde	0	1	
perseveratie	0	1	
Overige			
beperkte aandacht / afleidbaarheid	0	1	
beperkte initiatiefname	0	1	
beperkte motivatie	0	1	
vertraagd / impulsief handelen	0	1	
beperkt beoordelingsvermogen	0	1	
stemmingsstoornissen	0	1	
oriëntatiestoornissen	0	1	
geheugenstoornissen	0	1	
verwardheid	0	1	
verminderd inzicht	0	1	
overig	0	1	

Bijlage: Definiëring van de gedragsneurologische stoornissen van de A-ONE in kaart

Gedragsneurologische stoornis	Begripsdefiniëring
ideomotorische apraxie	<p>Patiënt weet wat hij wil doen, maar heeft moeilijkheden met de motorische planning. Dit uit zich in onhandige bewegingen en moeite met het aanpassen van de bewegingen aan de handelingen.</p> <p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onhandig grijpen van voorwerpen; - Moeilijk aanpassen van bewegingen bij het kammen, scheren of tanden poetsen; - Moeite met sluitingen door onhandigheid; - Moeite met zichzelf goed positioneren.
ideatoire apraxie	<p>Patiënt heeft geen plan / idee wat hij moet doen om een bepaalde activiteit uit te voeren.</p> <p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weet niet wat te doen met een kledingstuk of washand; - Onjuist gebruik van voorwerpen (gaat de wastafel wassen met washand; haren kammen met tandenborstel; tandpasta op washand).
unilateraal lichaamsneglect	<p>Patiënt heeft verminderde /geen aandacht voor één lichaamshelft.</p> <p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loopt tegen voorwerpen aan; - Verzorgt een deel van het lichaam niet; - Trekt een kledingstuk aan de aangedane zijde niet goed naar beneden.
unilateraal ruimtelijk neglect	<p>Patiënt heeft verminderde of geen aandacht voor de ruimte aan de aangedane zijde. (Een hemianopsie moet worden uitgesloten.)</p> <p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebruikt geen voorwerpen die aan de aangedane zijde liggen; - Rijdt met rolstoel tegen voorwerpen aan de aangedane zijde.
somato-agnosie	<p>Verminderd besef van eigen lichaamsdelen en herkenning van eigen lichaamsdelen in relatie tot elkaar en de omgeving.</p> <p>Voorbeelden van problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wil arm in beengat of been in armgat doen; - Wil de arm van de therapeut / verpleegkundige wassen; - Wil tanden poetsen op de spiegel.
ruimtelijke relaties	<p>Perceptie (kunnen waarnemen en herkennen) van ruimtelijke relaties en afstanden tussen voorwerpen en tussen de patiënt en voorwerpen.</p> <p>Voorbeelden van problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zet bril verkeerd om op; - Doet de gebitsprothese verkeerd om in; - Schat afstanden niet goed in en/of grijpt naast voorwerpen.
abnormale tonus links / rechts	<p>Het handelen wordt beperkt door een hemiparese links / rechts.</p>
organisatie / volgorde	<p>Vermogen om de gedachten te organiseren zodat de stappen van een activiteit in een logische volgorde worden uitgevoerd.</p> <p>Problemen in organisatie / volgorde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Draait kraan niet uit na wassen of zet scheerapparaat niet uit; - Doet bril niet af voor wassen van het gezicht of doet schoenen aan voor de broek; - Vergeet stappen.
Perseveratie (herhalen handelingen)	<p>Problemen met het starten of stoppen van handelingen en de overgang van de volgende handeling.</p> <p>Problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blijft bewegingen herhalen (perseveratie van bewegingen), bv. met tandenborstel de haren gaan kammen na het kammen; - Herhaalt dezelfde activiteit (gaat opnieuw de haren kammen).

Overige stoornissen	
beperkte aandacht / afleidbaarheid	Onvoldoende aandacht hebben om te kunnen handelen en reageren op prikkels uit de omgeving.
beperkte initiatiefname	Niet beginnen met handelingen.
beperkte motivatie	Niet bereid zijn tot handelen.
vertraagd / impulsief handelen	Reageert traag of heeft extreem veel tijd nodig om te handelen of reageert snel, zonder van tevoren na te denken.
beperkt beoordelingsvermogen	Checkt niet of kleding goed zit of dat de haren goed zitten etc. Reageert sociaal inadequaar.
stemmingsstoornissen	Sombere, eufore of vlakke stemming.
oriëntatiestoornissen	Stoornissen in oriëntatie in tijd, plaats, ruimte en/of persoon.
geheugenstoornissen	Instructies niet kunnen onthouden; niet meer weten wat de bedoeling is.
verwardheid	Inadequate reacties, zowel verbaal als in het handelen.
verminderd inzicht	Geen besef van de problemen.