Örebro universitet
Hälsoakademin
Arbetsterapi
Nivå C
Höstterminen 2010

Arbetsterapeutens roll vid demensutredningar

(The occupational therapist`s part in dementia evalutions)

Författare:
Anne Marie Larsson
Linda Palm
Handledare:
Anita Segring

Örebro Universitet
Hälsoakademin
Arbetsterapi C

Arbetets art: Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng C, inom ämnet arbetsterapi

Svensk titel: Arbetsterapeutens roll vid demensutredningar

Engelsk titel: The occupational therapist´s part in dementia evalutions

Författare: Anne Marie Larsson, Linda Palm

Handledare: Anita Segring

Datum: 2010-12-14

Antal ord: 8118

Sammanfattning: Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeutens roll vid demensutredningar. Inklusionskriterierna för deltagarna var yrkesverksamma legitimerade arbetsterapeuter som arbetar med demensutredning. Deltagarna valdes genom ett ändamålsenligt urval och även ett snöbollurval tillämpades. De sex arbetsterapeuterna som deltog i studien var verksamma inom primärvård, slutenvård och öppenvård på minnesmottagning. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide. Det insamlade materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys och resulterade i fem kategorier: *en betydelsefull roll, en del av teamet, generella arbetsuppgifter, specifika arbetsuppgifter och utvecklingsmöjligheter*. Ur kategorierna framstod ett övergripande tema, *en del av en helhet*. Resultatet påvisade att deltagarna i studien upplevde att de har en viktig roll vid demensutredningar samt att deras bedömningar behövs för att ställa diagnos. Samtliga deltagare arbetade i team av olika sammansättningar. Demensdiagnostiseringen är ett pusselläggande som kräver bidrag från flera yrkeskategorier. Deltagarnas huvudsakliga arbetsuppgift var att utföra bedömningar av patientens aktivitets- och kognitiva förmåga. Aktivitetsbedömningar genomfördes i syfte att erhålla en uppfattning om personens förmågor. Samtliga deltagare hade tagit del av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Mer tid var en av synpunkterna som framkom när deltagarna beskrev sina utvecklingsmöjligheter.

Sökord: Yrkesroll, arbetsterapi, demensutredning och kvalitativ innehållsanalys.

Innehållsförteckning

Inledning ... 3
Bakgrund ... 4
Demens ... 4
Demensutredningar ... 4
Arbetsterapi vid demenssjukdom ... 5
Problemområde ... 7
Syfte ... 7
Frågeställningar ... 7
Metod ... 8
Design ... 8
Urval ... 8
Datainsamling ... 8
Procedur ... 9
Analys av data ... 9
Etiska övervägande ... 11
Resultat ... 11
En betydelsefull roll ... 11
En del av teamet ... 12
Generella arbetsuppgifter ... 13
Specifika arbetsuppgifter ... 14
Utvecklingsmöjligheter ... 16
Metoddiskussion ... 18
Resultatdiskussion ... 20
Slutsats ... 23
Tillkännagivande ... 24
Referenser ... 25
Bilaga: Intervjuguide

Inledning

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, lyfts evidensbaserade, utvärderande behandlingar och metoder för personer med demenssjukdom och stöd för deras anhöriga fram (1). Syftet med riktlinjerna är att de ska vara ett stöd för beslutsfattare inom kommun, landsting och region, så att de kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten på ett bra sätt. Att lyfta fram fungerade evidensbaserade åtgärder så att personer med demenssjukdom får tillgång till vård och omsorg med bra kvalitet, har varit en av utgångspunkterna. Lika viktigt har varit att framhäva de åtgärder som inte är effektiva och som inte bör satsas på (1).

Under författarnas studietid har frågeställningar angående arbetsterapeutens roll och uppgift vid demensutredningar framkommit. Under den verksamhetsförlagda utbildningen framkom även att det finns otydligheter kring när och hur en arbetsterapeut bör delta vid demensutredningar.

I Sverige finns det cirka 148 000 personer med demenssjukdom (1). Med stigande ålder ökar risken att nyinsjukna. Åtta procent av alla som är 65 år och äldre och nästan hälften av alla som är 90 år och äldre har sjukdomen. Årligen nyinsjuknar cirka 24 000 personer med demenssjukdom och ungefär lika många dör i sjukdomen (1).

Bakgrund

Demens

Demens är en hjärnskada, där en intellektuell försämring är central, men som inte påverkar medvetandet (2). Sjukdomen kan vara primär eller sekundär beroende på om försämringarna i hjärnan beror på en direktpåverkan eller via andra organ i kroppen (2). Demens kännetecknas av många olika symtom. Det mest karaktäristiska är försämrad minneskapacitet, framförallt korttidsminnet. Men även symtom som nedsättningar av orienterings- och kommunikationsförmåga, samt försämring att självständigt kunna utföra vardagliga aktiviteter. Det kan också förekomma personlighets- och humörförändringar (3).

Det finns många olika former av demens och sjukdomen brukar delas in i tre huvudgrupper (2). Primärdegenerativa där skador i hjärnvävnaden är orsaken. Hit hör Alzheimers sjukdom, som är en av de vanligaste formerna. Andra är Lewy body och frontallobsdemens . En annan grupp av demenssjukdomar är vaskulära som beror på kärlskador i hjärnan, där till exempel multiinfarktdemens och strokerelaterad demens räknas. Den tredje gruppen kallas sekundära demensorsaker, där exempelvis demens till följd av hjärntumör och alkoholmissbruk innefattas (2).

För att fastställa diagnosen demens används i Sverige oftast kriteriemanualerna DSM lV och ICD-10 (4, 5). Båda innehåller liknande kriterier där den nedsatta minnesfunktionen är central tillsammans med andra funktionsnedsättningar. Exempel på nedsättningar är svårigheter i exekutiva funktioner dvs. kapaciteten till abstrakt tänkande, planering och organisering. Andra störningar kan vara afasi: störning i språket, apraxi: problem att utföra praktiska handlingar trots intakt motorisk funktion och agnosi: svårigheter att känna igen saker (4, 5).

Demensutredningar

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att de utredningar som hälso- och sjukvården gör inte alltid är fullständiga (1). Symtomen hos yngre personer med kognitiv svikt sammanblandas också ofta med tillstånd som utmattningssyndrom och depression. Därför menar Socialstyrelsen att om hälso- och sjukvården förbättrar diagnostiseringen, kan sjukdomen upptäckas tidigare, vilket medför att personen kan få bra vård och omsorg (1).

För att fastställa om en person har en demensdiagnos finns ingen enkel utredningsmetod (1). Socialstyrelsen anser att hälso- och sjukvården i första hand bör göra en basal demensutredning som bland annat innebär anamnes, intervju med närstående, kognitivt test som består av Mini Mental Test (MMT) och klocktest samt en strukturerad bedömning av funktion och aktivitetsförmåga. När den basala utredningen inte är tillräcklig för att bedöma om en person har en demenssjukdom bör en utvidgad utredning göras. Den kan till exempel innehålla neuropsykologiskt test, hjärnavbildning med magnetkamera och lumbalpunktion.

Ett bättre omhändertagande och ett minskat behov av akuta åtgärder är några fördelar som förväntas genom en högre kvalitet på demensutredningarna (1). Numera etableras minnesmottagningar i allt större utsträckning som specialiserade centrum för bedömningar av demenssjukdom (3).

Vid misstanke om demenssjukdom är det viktigt att bedöma personens minne, kognitiva funktioner och det dagliga livets färdigheter (6). Denna bedömning hjälper till att identifiera vilken typ av demenssjukdom det rör sig om, statusen hos personen samt att eventuellt kunna rekommendera hemtjänst eller annat boende (6).

Ett vanligt förekommande test vid en inledande bedömning av en persons kognitiva funktioner är Mini Mental Test (MMT) (3). Det är ett utvärderingsverktyg som ger en snabb screening. Testet utvärderar patientens orienteringsförmåga, uppmärksamhet, beräkning och språkkunskaper. Det består av ett antal frågor som poängsätts med 30 poäng som högst. Personer som får under 25 poäng vittnar om risk för demenssjukdom. Klocktest är ett annat verktyg som används vid demensutredning. Förmågan att rita en korrekt urtavla med siffror och visare som anger en förutbestämd tid ställer krav på kognitiva, motoriska, exekutiva och perceptuella färdigheter (3, 6).

Vid utredningen om en person har en demenssjukdom behövs det ofta bedömningar och åtgärder av flera yrkeskategorier (1). Sammansättningen på det multiprofessionella arbetet kan se lite olika ut. Vanliga yrkeskategorier som ingår är till exempel: läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, neuropsykolog, kurator och undersköterska. Syftet med multiprofessionellt arbete är att det underlättar bedömningar som kräver fler kompetenser eller olika synvinklar, samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv (1).

Arbetsterapi vid demenssjukdom

Enligt Etisk kod (7) ska arbetsterapeutens insatser vara individ- och miljöinriktade och bidra till individens delaktighet och självständighet. De individinriktade insatserna innefattar bland annat att förebygga, vidmakthålla och förbättra individens aktivitetsförmåga. De miljöinriktade åtgärderna innebär att utreda och anpassa den fysiska och sociala miljön med till exempel bostadsanpassningar, förskrivning av hjälpmedel (7).

A Model of Human Occupation (MOHO) är en teoretisk modell som används av arbetsterapeuter (8). Modellen är klientcentrerad och har en holistisk människosyn (8). MOHO utgår från att människan består av tre element; viljan, vanor och kapaciteten i utförandet (9). För arbetsterapeuten innebär det att respektera de olika delarna, samtidigt som möjligheten finns att framföra uppfattningar om patientens problem och därmed föreslå passande åtgärder (10). Arbetsterapeuten bör också ta hänsyn till personens omgivning, den kan bland annat ses som social, kulturell och fysisk. Omgivningen är betydelsefull och kan påverka personens utförande och motivation till aktivitet (11).

Något som bör beaktas av arbetsterapeuter i vården av personer med demens, är möjligheten för personer med demens att reflektera över sin sjukdom tillsammans med sin familj och människor i omgivningen (12). Arbetsterapeuter kan stötta personer med demenssjukdom genom sin kunskap och förståelse om konsekvenserna av sjukdomen. För att skapa en helhet för personer med demenssjukdom kan arbetsterapeuten uppmuntra personens sociala interaktion, till exempel genom att inspirera till delaktighet i meningsfulla aktiviteter för personen, genom att förenkla vardagliga aktiviteter samt ge råd till makar. Den demenssjukas medvetenhet om sin situation är en viktig aspekt att ha som utgångspunkt vid vägledning i arbetsterapeutiska insatser (12).

Arbetsterapi kan vara användbart då sjukdomen inverkar på personens aktivitetsutförande och livskvalitet (13). Arbetsterapi kan hjälpa den demenssjuka att hitta strategier för att klara vardagen utifrån sin kapacitet och kognitiva förmåga. Målet är att öka den funktionella självständigheten i utförandet av aktiviteter och sociala delaktighet. Arbetsterapeutens roll är att få insikt om patientens vanor, intressen och kapacitet. Därefter inleds träning samt undervisning i alternativa strategier om hur personen kan använda sig av den anpassade sociala och fysiska miljön. Arbetsterapeuten kan också ge vägledning till anhöriga, hur de kan öka sin förståelse kring beteendet hos personer med demens och vilka fördelar det finns med en anpassad miljö kring de här personerna. För att öka kompetensen hos anhöriga kan arbetsterapeuten ge undervisning i form av praktiska tips och kommunikativa strategier. Genom användning av olika strategier kan anhöriga hitta ett förhållningssätt för att lättare kunna hantera den demenssjukas beteenden och den påfrestning som det innebär att vårda (13)

För att hitta information om kunskapsläget av arbetsterapeutens roll vid demensutredningar utfördes en litteratursökning i databaser. Även en manuell sökning gjordes. Någon forskning på det aktuella området var svårt att finna, den litteratur som framkom hade mestadels medicinsk inriktning. Den manuella sökningen visade att arbetsterapeuten endast i vissa fall deltog vid utredningarna vid behov.

Problemområde

Eftersom en demenssjukdom inte går att bota inriktas åtgärderna på att lindra symtom och kompensera funktionsnedsättning (1). Syftet är att möjliggöra god livskvalitet samt skapa förutsättningar för en välfungerande vardag för personen i sjukdomens olika skeden. För att kunna ge god vård och omsorg till den demenssjuka är demensutredningen en förutsättning för fastställande av diagnos. En del av utredningen utgörs av en bedömning av patientens aktivitets- och funktionsförmåga. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (1) framgår att en aktivitets- och funktionsbedömning bör göras. Litteratursökning som gjorts visar att det inte finns mycket publicerat gällande arbetsterapeutens roll i demensutredningar eller hur de arbetar med aktivitets- och funktionsbedömningar vid utredningar.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva arbetsterapeutens roll vid demensutredningar.

Roll definieras i denna studie som en övergripande förklaring av arbetsterapeutens uppgift vid demensutredningar, som även innefattar deras uppfattning av rollen. Begreppet arbetsuppgifter ger en mer detaljrik förklaring hur de arbetar.

Frågeställningar

1. Vilka arbetsuppgifter har en arbetsterapeut vid demensutredningar?

2. Hur arbetar en arbetsterapeut med funktions- och aktivitetsbedömningar enligt de nationella riktlinjerna?

Metod

Design

En empirisk studie genomfördes med en kvalitativ ansats. Tanken med en kvalitativ ansats är att påvisa olika dimensioner och variationer samt framhäva betydelsen av ett visst fenomen (14). Intresset för människors liv och erfarenheter studeras på ett naturligt sätt i den verkliga miljön. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Intervjuformen bidrar till berättande och uttömmande svar. Genom användandet av en intervjuguide (se bilaga) kan viktiga teman belysas som är relevanta för studien (14). En kvalitativ innehållsanalys tillämpades (15).

Urval

Ambitionen var att deltagarna skulle väljas efter ett ändamålsenligt urval, som innebär att de handplockas efter uppsatta kriterier(14). Eftersom det visade sig vara svårt att finna deltagare användes även ett snöbolls urval, där redan tillfrågade gav förslag på andra relevanta studiedeltagare (14). Inklusionskriterierna var att deltagarna i studien skulle vara yrkesverksamma legitimerade arbetsterapeuter som arbetade med basal eller utvidgad demensutredning. Sju deltagare tillfrågades att delta i studien, där sex av sju medverkade. Kvale och Brinkmann (16) menar att antalet deltagare i en intervju beror på undersökningens syfte. Tanken med den aktuella studien var inte att göra den överförbar utan att beskriva hur det kunde förhålla sig. På grund av det låga deltagarantalet och att syftet var att ge en mer subjektiv beskrivning av arbetsterapeutens roll kan en överförbarhet vara svår.

Alla deltagare i studien var kvinnor och de hade varit yrkesverksamma arbetsterapeuter i 16-37 år. Antalet år de hade arbetat med demensutredningar varierade från ett halvår till 20 år. Deltagarna arbetade inom primärvård, slutenvård och öppenvård på minnesmottagning. De flesta arbetade i team. Sammansättningen bestod av läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Andra yrkeskategorier som kunde ingå i teamet var: kurator, neuropsykolog, logoped, undersköterska och arbetsterapibiträde.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer och båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Frågeställningarna i en semistrukturerad intervju ska motivera deltagaren till detaljrika och beskrivande svar (14). En intervjuguide utformades av författarna, där en översikt av ämnen och frågor som skulle belysas antecknades (16). Frågorna i guiden hade fokus på arbetsterapeutens roll i demensutredningar. Ett fåtal huvudfrågor formulerades med tillhörande följdfrågor. För att uppnå en mer detaljrik information kan följdfrågor användas (14). Den första intervjun användes som en pilotstudie, där utrymme till redigering skulle var möjlig om innebörden i frågorna inte uppfattades av

deltagaren (14). Frågorna i intervjuguiden uppfattades som förståeliga av deltagaren, då relevanta svar framkom. Därefter användes guiden till samtliga intervjuer. Mp3 spelare användes för inspelning av intervjuerna, hjälpmedlet kunde resultera i att intervjuaren och deltagaren lättare kunde fokusera, samt att ingen viktig information försvann (16). Inga anteckningar gjordes under intervjuerna, vilket gav förutsättningar till att fokusera på deltagarnas berättande samt att uppmärksamma kroppsspråk.

Procedur

Inledningsvis sökte författarna telefonnummer till arbetsterapeuter som arbetar med demensutredningar genom landstingens hemsidor. Sökningarna skedde med hjälp av inkluisionskriterierna för studien, där arbetsterapeuter handplockades. Vissa arbetsterapeuter kunde även ge förslag på lämpliga deltagare till studien som därefter tillfrågades. Vid första kontakten som skedde via telefon eller e-post presenterades studiens syfte. Det var sju arbetsterapeuter som kontaktades, samtliga svarade ja till att delta och uppgav sig vara positiva till studiens syfte. En av arbetsterapeuterna var på semester och svarade sent, det var svårt att hitta en lämplig dag som stämde överens med de redan inplanerade intervjuerna och arbetsterapeutens planering vilket medförde ett bortfall. Vid den första kontakten bokades tid och plats för intervjun. Författarna fick även deltagarnas e-post adresser så att informationsbrev kunde skickas. I brevet framkom studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Information om intervjuernas tidsåtgång och att de skulle spelas in och därefter skrivas ut ordagrant, samt att det insamlade materialet skulle avidentifieras för att undanröja personernas identitet och arbetsplats fanns också med i brevet. Båda författarna var med vid samtliga intervjuer som varade i ca 45 minuter. Intervjuerna genomfördes i enskilda rum på respektive arbetsplats, som deltagarna valt, vilket medförde minskad risk för störande omgivningsfaktorer. Innan varje intervju provade författarna att den tekniska utrustningen fungerade, samt gav information om upplägget av intervjun till deltagaren. Författarna delade upp ansvaret vid varje intervju, en hade huvudansvar och en stöttade upp vid behov. I slutet av intervjutillfället tillfrågade författarna deltagarna om möjlighet fanns att kontakta dem igen för att ställa kompletterande frågor och reda ut eventuella oklarheter. Efter intervjuerna skrev författarna ordagrant ner tre intervjuer vardera.

Analys av data

Innan analysförfarandet började sorterades icke relevant data bort som inte motsvarade studiens syfte. Författarna valde att använda en kvalitativ innehållsanalys för bearbetning av materialet. Analysmetoden kan behandla stora mängder data och kan användas för att tolka och granska texter (15). Centralt är identifiering av likheter och skillnader i materialet, för att beskriva olika variationer av verkligheten. Den kvalitativa innehållsanalysen inleds med att analysenheten, som utgörs av materialet som ska analyseras, läses igenom. Processen började med att de utskrivna intervjuerna lästes igenom ett antal gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter diskuterades innehållet med utgångspunkt från studiens syfte och frågeställningar för att få en grov struktur över materialet. Det resulterade i två domäner: arbetsterapeutens nutida roll och framtida roll vid demensutredningar. Domänerna användes som en grund för analysförfarandet, genom att materialet delades in i respektive domän. Därefter lyftes meningsbärande enheter ut ur intervjutexterna. Meningsbärande enheter är ord

eller delar av en text som har samma innehåll. De meningsbärande enheterna kondenserades, genom att texten förkortas med kvarstående innebörd. Sedan sattes en kod på den kondenserade meningsenheten, koden ger en kortfattad beskrivning av innehållet i en meningsbärande enhet. Genom att sammanföra flera koder med liknande innehåll bildas olika kategorier. En intervju i taget analyserades där varje meningsbärande enhet kondenserades, kodades och slutligen formulerades till underkategorier. När samtliga intervjuer analyserats delades alla underkategorier in i lämpliga kategorier efter likheter och skillnader, som utvecklades utifrån innehållet i materialet. Genom kodning och kategori indelning abstraheras innehållet till en högre logisk nivå. Analysarbetet resulterade i fem kategorier, där kategoriernas innehåll utvecklade ett övergripande tema som sammanfattade den röda tråden i arbetet. Korrigeringar gjordes fortlöpande under hela processen för att nå fram till det slutgiltiga resultatet. (15, 17).

Figur 1 visar hur materialet har kondenserats och abstraherats till kategorier.

Meningsbärande enheter	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Vi är ett team på minnesmottagningen… ...det som är bra när man jobbar i team är det att sjuksköterskan träffar patienten, doktorn träffar och jag träffar ...allas roll är lika stor…alla är lika viktiga	Vi är ett team, alla i teamet träffar patienten. Allas roll är lika viktig.	Alla träffar patienten. Alla i teamet är lika viktiga.	Alla har en viktig roll	En del av teamet
Gör en aktivitetsbedömning …beroende på problematik… ...inte så strukturerad..	Ostrukturerade aktivitetsbedömningar beroende på problematik.	Anpassade ostrukturerade aktivitetsbedömningar	Individuella ostrukturerade aktivitetsbedömningar	Aktiviteten i fokus
...min roll är ganska tydlig.. … det sätts ju ingen diagnos om inte jag har gjort min bedömning… så den är ju viktig…	Tydlig roll, viktiga bedömningar som behövs för att ställa diagnos.	Tydlig roll med bedömningar som behövs.	Arbetsterapeuten betydelsefull	Rollens betydelse

Figur 1 exempel på analysförfarandet

Etiska övervägande

Via telefon eller e-post tillfrågades deltagarna om medverkan i studien. Information lämnades både muntligt och skriftligt för att förhindra missförstånd (18). Deltagarna blev informerade om att materialet skulle behandlas konfidentiellt, samt att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta intervjun när de själva önskade utan förklaring (16, 18). Deltagarnas identitet och arbetsplats gick inte att identifiera (19). Datamaterialet: intervjuer och utskrifter förvarades oåtkomligt för obehöriga, endast författarna hade tillgång till materialet.

Resultat

I intervjuerna beskrev deltagarna sin roll vid demensutredning. Analysen av materialet resulterade i ett övergripande tema och fem kategorier. I den första kategorin framställs deltagarnas roll vid demensutredningar. Andra kategorin skildrar teamarbetet. I den tredje kategorin redogör deltagarna för sina generella arbetsuppgifter. Den fjärde kategorin beskriver deltagarnas specifika arbetsuppgifter. Den sista kategorin innehåller deras tankar om framtida utvecklingsmöjligheter. Resultatet presenteras i dessa fem kategorier och illustreras med citat representerade från samtliga deltagare. Kategorierna är*: en betydelsefull roll, en del av teamet, generella arbetsuppgifter, specifika arbetsuppgifter och utvecklingsmöjligheter.* Ur kategorierna framstod ett övergripande tema, *en del av en helhet,* som sammanbinder innehållet i de olika kategorierna.

En betydelsefull roll

Samtliga medverkande upplevde att de hade en tydlig roll. De beskrev att de deltog vid utredningarna och bidrog vid diagnossättning. Deltagarna uttryckte bland annat att arbetsterapeutens bedömningar är viktiga och behövs för att kunna ställa en diagnos. Några deltagare beskrev att den huvudsakliga rollen var att göra bedömningar av kognitiva funktioner.

> *”Ja, jag tror att min roll är ganska tydlig, mina bedömningar behövs ju för att man ska kunna ställa diagnos”.*

En del formulerade rollen som deras uppgift att göra bedömningar i aktivitet, för att se patientens aktivitetsförmåga och kognitiva förmåga. Vidare beskrev en av deltagarna att ur en arbetsterapeutisk synvinkel kunde möjligen rollen bli något otydlig, genom att hon ansåg att det inte var några typiska arbetsterapeutiska bedömningar som hon utförde när hon bedömde kognition. Deltagaren menade att på det sättet kunde hon vara utbytbar .

> *” ..jag tycker jag har en tydlig roll, men det jag gör i teamet här kan t.ex. en sjuksköterska göra…jag gör inte bara det som är arbetsterapeutiska bedömningar.”*

En deltagare upplevde att det är viktigt att tydliggöra vad arbetsterapeuten kan bidra med och att man ska vara självklar i en utredningsfas. Arbetsterapeutens bidrag med sin helhetssyn var en annan synpunkt som framkom.

”…man har helheten…får med alla bitar…boende, fritid…”

En del av teamet

Samtliga deltagare arbetade i team med olika sammansättningar. En av deltagarna var precis i inledningsarbetet till en team sammansättning. Tidigare hade hon arbetat ensam med demensutredningar och beskrev det som en svår uppgift.

”…har jobbat själv med det här… och det är svårt…”

Det framkom att teamarbete var nödvändigt vid demensutredningar, eftersom det krävs flera olika bitar för att ställa diagnos. Demensdiagnostiseringen beskrevs som ett pusselarbete. Deltagarna upplevde att de hade en viktig och betydelsefull roll i teamet och att de var självskrivna i teamet, det fanns inga tveksamheter om en arbetsterapeut skulle ingå eller inte.

” ..att göra en beskrivning utav hur de kognitiva funktionerna fungerar. Jag är en del av det här teamet som jobbar med demensutredningar. Våra bedömningar väger lika mycket som en röntgen på hjärnan…” ´

En deltagare kände sig dock inte säker på att övriga i teamet såg hennes roll som lika tydlig. Hon ansåg att en del inte helt förstod vad som var hennes arbetsuppgifter.

Vid bedömningar av remisser var hela teamet samlat och diskuterade tillsammans vilka patienter som skulle bedömas. Vilka i teamet som borde involveras var beroende av vilka insatser som skulle göras. Vid teamarbete arbetade alla i teamet nära varandra, arbetsterapeut och sjuksköterska arbetade ofta tätt tillsammans. Deltagarna arbetade då också gränsöverskridande, även om var och en hade sitt ansvarsområde med respektive specialkunskaper.

”… vi har olika roller fast ibland går vi in i varandra… vi är ganska ödmjuka inför varandra i teamet”…

Deltagarna kände att deras åsikter är viktiga. Att alla i teamet träffade patienten uppfattades som en fördel av deltagarna, där också en förståelse för varandra skapades. De allra flesta upplevde att det fanns förståelse för varandra, vilket var ett krav för att kunna göra ett bra arbete tillsammans.

Det framkom också att det var viktigt att ha förståelse för patientgruppen för att ett bra arbete skulle kunna utföras, det beskrevs på följande sätt:

> *”…Samtliga i teamet måste ha intresse och förståelse för den här patientgruppen…måste ha lite förståelse för att bedöma”.*

Mer tid tillsammans i teamet var något som eftersträvades av samtliga deltagare.

> *”…skulle vilja att man hade mera tid...”*

En av deltagarna kände sig besviken på att det gjorts besparingar som resulterat i mindre tid till demensutredningar. Hon tyckte inte att teamarbetet fungerade lika bra nu som det gjorde innan nerdragningarna.

> *”… det har varit ett bra teamarbete men sedan nerdragningarna… fungerar det inte lika bra längre”…”*

En av fördelarna med att arbeta i team var:

> *”…man är med i hela förloppet från remissbedömning till slutresultat…man lär sig så mycket under resans gång”.*

Generella arbetsuppgifter

Samtliga deltagare ansåg att anamnesen var den viktigaste pusselbiten vid demensdiagnostisering. Anamnesen fastställdes genom intervju med patient och anhöriga.

Flera av deltagarna använde sig av en symtomenkät när de intervjuade anhöriga, där man letade efter symtom på sjukdomar.

Deltagarna utförde olika bedömningar, genom att göra tester och observationer. Bedömningarna användes vid diagnostiseringen och även som underlag till vårdplaneringar. Generella tester om användes av de flesta deltagarna var MMT, Klocktest och Kognitiva Screening Batteriet.

> *”… då gör man MMT, klocktest, det ingår… att man gör de här”.*

Specifika arbetsuppgifter

En del deltagare använde ADL – taxonomin som stöd när de ställde en aktivitetsanamnes. En av deltagarna förklarade att eftersom de här patienterna hade det ganska svårt behövdes ganska precisa frågor ställas. Hon menade att det tog lång tid att ta en anamnes och att det därför var viktigt att man hade tillräckligt med tid.

> *”… anamnesen är jätteviktig… jag frågar om… hur man klarar aktiviteter… man måste nysta i många ändar, så det tar ganska lång tid”…*

Specifika tester som en del av deltagarna använde sig av var till exempel Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Djupa, Bakre och Främre (DBF), ADL- taxonomin och Sunnaas köksbedömning.

> *”…jag använder även AMPS…, lär ju en vad man ska titta efter… tankesättet är det som hjälper…”*

En deltagare menade att:

> *”… val av tester väljs utifrån vilken person man har framför sig. Man ska inte dra för stora växlar av testerna. Man måste sätta testerna i relation till den person man har framför sig…”*

En av deltagarna ingick även i ett mobilt team. Tillsammans med personal från kommunen åkte hon ut till olika boenden och gjorde bedömningar på personer med demenssjukdom som hade beteendemässiga och psykiska störningar. Det innebar att hon dels träffade personer som var tidigt i sin sjukdom och de som kommit långt i sin sjukdom.

Något som var gemensamt för samtliga deltagare var att de arbetade med uppföljning.

> *”…uppföljning sker inom ett halvår eller inom ett år… då får man ju följa patienterna över tid…”*

Hembesök utfördes av några deltagare. Många deltagare kände att hembesöken är viktiga och ger en stor vinst. Hembesöken ger en bra bild av patientens vardagssituation, dels för att se hur patienten fungerade i aktivitet hemma i sitt eget kök, men också för att se hur de skött sitt hem. Andra åsikter var att hembesök kunde upplevas som mer avdramatiserat och naturligt för patienten. Vidare beskrev en deltagare att både den kognitiva och fysiska förmågan blev mer tydlig i patientens vana hemmiljö.

> *” kan se en vinst i när man gör hembesök…dels blir det miljön…man ser hur de rör sig…”*

Många menade att hembesökens främsta nackdelar var störande moment i omgivningen t ex. telefonen ringer, anhöriga och vänner ringer på dörren, som kunde resultera i att patienten lättare tappade fokus.

Två av deltagarna i studien hade erfarenheter att mottagningsbesök var att föredra. En av dem menade att fördelarna blev en lugnare testmiljö, men att det var viktigt att utgå från behov och patientens bästa när hembesök och mottagningsbesök diskuterades. En annan synpunkt som framkom var att svårigheter inte blev lika tydliga i hemmet på grund av patientens vana hemmiljö.

> *" ..helst göra bedömningarna på annan plats, för då ställs det lite andra krav"*

Flera av deltagarna beskrev att de inte gjorde mycket aktivitetsbedömningar på grund av tidsbrist, samt att det inte alltid efterfrågades. Bedömningarna blev mer i intervjuform och det upplevdes som negativt, eftersom deltagarna ansåg att det inte gav så mycket vid bedömning i aktivitet:

> *"…inte så mycket aktivitetsbedömningar… vi har ju begränsad tid.. just min doktor efterfrågar det inte speciellt mycket.. men man har ju alltid sina "glasögon" på sig…"*

En av deltagarna använde köket på mottagningen mycket när hon gjorde aktivitetsbedömningar. Det är ett bra observationstillfälle när någon bakar eller tillagar en måltid.

> *"…det är viktigt att kunna motivera för personerna varför de ska åka till sjukhuset och laga mat, samt varför jag sitter som observatör…."*

Aktivitetsbedömningar gjordes för att få en helhetsbild om hur personer fungerar, men också vad personen skulle behöva för att må så bra som möjligt. Valet av aktivitetsbedömningarna gjordes beroende på personens problematik.

> *"…det är viktigt att veta vad bedömningarna syftar till…".*

Flera deltagare använde sig av AMPS som grund när de utförde aktivitetsbedömningar. Bedömningen som helhet användes sällan, men tankesättet och termerna i manualen nyttjades.

En av deltagarna beskrev att hennes arbetsuppgift var att bedöma aktivitet, patientens aktivitetsförmåga. Hon använde sig av Sunnaas köksbedömning som en grund när hon utförde aktivitetsbedömningar.

> *”… jag brukar till exempel gå och handla tillsammans med personen... då uppmärksammar jag hur personen hanterar pengar och främmande miljöer…”*

Samtliga deltagare hade läst socialstyrelsens nationella riktlinjer. Den av deltagarna som tidigare arbetat ensam med demensutredningarna sa att de hade startat upp ett samarbete

> *”…i och med de nya riktlinjerna… ska vi starta upp ett samarbete…en demenssköterska ska börja… det känns jättebra…”.*

En annan deltagare ansåg att de till viss del måste ändra sitt arbetssätt om de ska följa riktlinjerna. En deltagare som arbetade inom öppenvården sa att hon ofta fick samtal från arbetsterapeuter som arbetade inom primärvården. Hon beskrev att arbetsterapeuterna inom primärvården många gånger kände sig osäkra gällande den basala utredningen. Detta beroende på att de inte var vana att utföra aktivitetsbedömningar och därför behövde rådgivning.

En sak som kom upp till diskussion när det gällde de nationella riktlinjerna var för- och nackdelar med aktivitetsbedömningen i intervjuform. Några deltagare ansåg att det var genomförbart och att ADL- taxonomin var bra att ha som stöd. En annan deltagare menade att det var svårt att genomföra när det gäller personer med demenssjukdom.

> *” …den uppfattningen man har om sig själv, stämmer ju inte alltid med verkligheten… det ställs krav på bedömarens erfarenheter och kunskaper om personens kognitiva förmåga…”.*

Utvecklingsmöjligheter

De flesta deltagarna hade önskemål om att arbeta mer med aktivitet och aktivitetsbedömningar i utredningsprocessen. En förklaring var att bedömningar i aktivitet kan underlätta vid genomförandet av framtida insatser, men också med anledningen att en aktivitetsbedömning är en specifik arbetsterapeutisk arbetsuppgift. Vissa deltagare ville bruka fler standardiserade bedömningar, som de menade bidrar till en bättre grundförståelse för patientens problematik.

> *”… jag skulle vilja göra mer aktivitetsbedömningar, det känns mer som arbetsterapi… och egentligen mer standardiserat…”*

Vissa deltagare upplevde att det fanns behov att ge mer hjälp och stöd i hemmet. Anpassning av miljön och kognitionshjälpmedel var områden som synliggjordes. Hjälpmedel och anpassningar i hemmet bidrar till ett funktionellt liv för patienten. En deltagare beskrev att kognitionshjälpmedel är en god hjälp i ett tidigt skedde i demenssjukdomen, men att de i nuläget ofta glöms bort.

> *”…en bit jag kan känna är bortglömt är kognitionshjälpmedel… stor nytta i tidigt skede…”*

En annan faktor som framkom var strävan efter bättre kvalitet ur ett patientperspektiv. Detta gällande att patienten många gånger genomgår många liknande tester hos olika yrkeskategorier och vårdinstanser. Genom att få ut så mycket som möjligt från varje besök kan kvaliteten förbättras, ansåg en av deltagarna.

> *”…på primärvården…har de träffat en arbetsterapeut som har gjort tester…och så gör vi tester…utifrån ett patientperspektiv känns det inte riktigt bra…”*

På en arbetsplats fanns önskemål om att starta ett team för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Tanken var att en arbetsterapeut och sjuksköterska från minnesmottagningen skulle samarbeta med undersköterskor från kommunen.

> *”…håller på att jobba för att vi ska få ett BPSD team…så vi behöver samla kompetens kring det…”*

En längre vårdkedja eftersträvades av vissa deltagare, en fördel som lyftes fram var att fler kontakter med samma patient kan bidra till bättre förståelse för den demenssjukes situation. Ett exempel som framkom är att arbetsterapeuten skulle medverka vid vårdplaneringar.

> *”…det vore roligt att ha lite mer kontakter med dem, att man får mer förståelse för deras situation…att få en bättre patientkedja…”*

En av deltagarna uttryckte att arbetsterapeutens roll alltid kan förtydligas och utvecklas, genom att bland annat utveckla nya arbetssätt tillsammans med de andra yrkeskategorierna i teamet.

> *” ..man vill alltid göra sin roll tydligare..hur skulle jag vilja att arbetsterapeuten jobbade just här….och försöka få med sig de andra då..”*

Fler av deltagarna beskrev tidsbristen som en viktig faktor vid demensutredningar. Mera tid eftersöktes av samtliga. En deltagare upplevde en tidspress vid bedömningar och samtal och att det inte fungerar med patienter som har en demenssjukdom.

> *”… man ser inte svårigheterna om man inte har tid, då missar man väldigt mycket viktig information…”*

Metoddiskussion

Studien genomfördes utifrån en kvalitativ ansats, där syftet var att beskriva arbetsterapeutens roll vid demensutredningar. Den valda metoden var ett bra sätt att få en uppfattning om hur rollen kunde se ut, genom att den kvalitativa metodens syfte är att belysa olika dimensioner av ett visst fenomen (14). Deltagarnas beskrivningar var informationsrika och relevanta i förhållande till studiens syfte, vilket gav en bra kvalitet på resultatet. Med en kvantitativ utgångspunkt kunde den detaljrika och subjektiva beskrivningen uteblivit, eftersom metoden har en mer objektiv inriktning (14).

Syftet var att endast ett ändamålsenligt urval skulle tillämpas, men då svårigheter uppstod att hitta lämpliga deltagare behövde även ett snöbollsurval användas. På det sättet ökade möjligheten att få studiens syfte besvarat eftersom deltagarna handplockades respektive blev rekommenderade av redan tillfrågade deltagare (14). Snöbollsurvalet kunde resultera i att deltagarna hade kännedom om vilka personer som deltagit i studien. Genom att avidentifiera deltagarnas namn och arbetsplatser kunde en identifiering av deltagarna uteslutas. Inklusionskriterierna var yrkesverksamma legitimerade arbetsterapeuter som arbetar med demensutredningar. Deltagarna i studien var verksamma inom primärvård, slutenvård och öppenvård. Sex av sju tillfrågade medverkade. Antalet deltagare var en bra storlek i förhållande till vad studien var tänkt att undersöka. Kvale och Brinkmann (16) menar att i en kvalitativ intervju studie kan deltagarantalet bli både för stort eller för litet. Är antalet för stort kan det vara svårt att utföra djupare tolkningar av intervjuerna, medans litet antal kan ge svårigheter med överförbarhet (16). Syftet med studien var inte att den skulle vara överförbar, utan att få en beskrivning av hur arbetsterapeutens roll vid demensutredningar kan vara.

Ambitionen med urvalet var att uppnå en jämn fördelning av deltagarna som arbetade med den basala respektive den utvidgade utredningen. Då det visade sig vara svårt att finna deltagare som arbetade med den basala utredningen samt att bortfallet i urvalet representerade den basala, medförde det att majoriteten av deltagarna arbetade med den utvidgade utredningen. Möjligen kunde studien visat annat resultat om majoriteten av deltagarna i studien arbetat med den basala utredningen. Detta med anledningen att en av studiens frågeställningar var att klargöra hur arbetsterapeuten arbetar med funktions- och aktivitetsbedömningar enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som rekommenderas att utföras i den basala utredningen (1). Frågeställningen valdes dock att ingå i studien, då aktivitets- och funktionsbedömningar ses som centrala i arbetsterapeutens roll. Resultatet visade också att samtliga deltagare hade tagit del av Socialstyrelsens nationella riktlinjer som gav ytterligare stöd för att frågeställningen skulle innefattas i studien. Andra orsaker till att flera av deltagarna inte arbetade med aktivitets- och funktionsbedömningar var utebliven efterfrågan eller tidsbrist.

Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer. Att intervjua arbetsterapeuter ansågs som en bra metod för att få syftet besvarat. En intervjuguide utformades som bestod av huvudfrågor och följdfrågor och användes som stöd under intervjuerna, vilket resulterade i att inget väsentligt glömdes bort (14, 16). Författarna valde att båda delta vid samtliga intervjuer, vilket deltagarna hade fått information om. Detta upplevdes som positivt då båda fick samma information och upplevde dynamiken i intervjuerna, samt att möjligheten fanns att ge stöd till varandra. En tanke som fanns var att deltagarna skulle kunna känna sig obekväma i

situationen med två intervjuare, men det var inget som uppmärksammades. En annan tanke var att deltagarna hade lätt att prata om det aktuella ämnet, möjligen kunde situationen upplevas annorlunda om ett känsligare och personligare ämne hade diskuterats. Den första intervjun användes som en pilotstudie, där utrymme till redigering fanns, vilket visade sig inte vara nödvändigt (14). Intervjun användes som del av det slutgiltiga resultatet. Intervjuerna spelades in vilket resulterade i att författarna kunde koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjuerna (16). Mp3 spelaren som användes var liten och därmed upplevdes den inte som störande i intervjusituationerna, vilket ledde till känslan av en mer avslappnad och öppen stämning. Det var också ett bra hjälpmedel vid transkriberingen av materialet, för att säkerställa att ingen information försvann (16). Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på respektive arbetsplats, vilket medförde att det inte fanns några störande moment som kunde påverka intervjuerna.

Att författarna var ovana vid att intervjua var inte något som upplevdes påverka resultatet. Möjligen att det fanns svårigheter att begränsa sig till ämnet vid de två första intervjuerna, vilket medförde att det var mycket som fick sorteras bort. Vid de resterande intervjuer var det lättare att hålla sig till ämnet som resulterade i övervägande relevant information, som svarade mot syftet till studien. Kanske kunde en ostrukturerad intervjuform använts, då det upplevdes att många av deltagarna kunde prata fritt och hade mycket att berätta. En ostrukturerad intervju börjar med en bred öppningsfråga som kan följas av spontana följdfrågor när behov uppstår (14). Men i slutändan gav de förberedda frågorna ett bra stöd för att inte förbise relevant information. Deltagarna hade mycket intressant information att delge om ämnet och samtliga var positiva till att få dela med sig om sina erfarenheter. Att även författarna visade ett intresse för ämnet upplevdes som positivt av samtliga deltagare, vilket uttrycktes under intervjuerna. Materialet som framkommit bedömdes som tillräckligt för att genomföra studien.

För bearbetning av materialet valdes en kvalitativ innehållsanalys (17). Processen började med att de utskrivna intervjuerna lästes ett antal gånger för att uppnå en helhetsbild av innehållet. Därefter följdes de olika stegen i analysprocessen (17). Efter varje intervjubearbetning lästes materialet igenom ytterligare en gång för att säkerställa att inget relevant hade uteslutits. Slutligen resulterade analysarbetet i fem kategorier och ett övergripande tema. Båda författarna utförde hela analysarbetet tillsammans, vilket medförde att analysprocessen var tidskrävande. En fördel var att båda kunde bidra med sina uppfattningar och tolkningar. Löpande korrigeringar utfördes under hela processen, som till exempel innebar bearbetning och namnändringar av underkategorier och kategorier.

Trovärdigheten i studien stärktes eftersom den utgick från deltagarnas egna erfarenheter av sitt arbete med demensutredningar (14). De hade kunskap om ämnet och kunde ge en innehållsrik och bred information som var användbar för studiens syfte. För att säkerställa trovärdigheten i studien deltog båda författarna vid samtliga intervjuer. Bådas närvaro vid intervjuerna gav fördelar, främst under analysarbetet, där två personers uppfattningar diskuterades, möjligen bidrog det till bättre förståelse och tolkning av materialet och därmed ökade trovärdigheten. Samma tillvägagångssätt användes under hela analysprocessen, genom ömsesidigt bidragande av reflektion och tolkning (15). Pålitligheten stärktes genom att intervjuerna spelades in så att inget relevant utelämnades. Intervjuerna skrevs ut ordagrant som medförde att ingen viktig information förlorades, vilket kan ha förstärkt trovärdigheten.

Pilotstudien som genomfördes gav en bekräftelse på att frågorna var begripliga och gav den information som eftersträvades. Genom att en intervjuguide användes kunde möjligen pålitligheten i materialet öka, då tillvägagångssättet över tid blev detsamma. För att stärka trovärdigheten ytterligare användes citat för att tydliggöra väsentliga delar i texten. Den utförliga metodbeskrivningen av urval, data insamling och analys gav förutsättningar för att studien kan genomföras igen (14, 17).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva arbetsterapeutens roll vid demensutredningar. Nedan följer en diskussion om huvuddragen av resultatet.

Samtliga medverkade i den aktuella studien upplevde att de har en tydlig roll samt att de behövs vid demensutredningar. Deltagarna menade att deras bedömningar behövs för att fastställa diagnos. Enligt den inledande litteratursökningen till denna studie framkom att arbetsterapeuten ibland bara deltar vid behov i demensutredningar, men resultatet visar att arbetsterapeuten har en betydande roll. De flesta ansåg att den huvudsakliga rollen var att utföra kognitionsbedömningar. Rollen beskrevs även som att göra bedömningar i aktivitet för att se patientens aktivitets- och kognitiva förmåga. Men som en av deltagarna uttryckte det kunde rollen ses som otydlig ur en arbetsterapeutisk synvinkel. Hon ansåg att det inte var några specifika arbetsterapeutiska bedömningar som hon utförde. Deltagaren menade att hon kunde vara utbytbar mot någon annan yrkesprofession. En arbetsterapeuts specialkompetens har fokus på aktivitet och med det som utgångspunkt kan möjligen rollen som arbetsterapeut vid demensutredningar bli lite diffus. Något som diskuterades av författarna var vilken yrkesprofession som är mest lämpad att utföra kognitionsbedömningar? Som det ser ut idag finns ingen uttalad profession, förutom en neuropsykolog, som inte alltid finns att tillgå samt att de ofta inriktar sig på mer avancerade kognitiva tester. Författarna anser att arbetsterapeuten kunde ses som en självklar kandidat och med den utgångspunkten kunde möjligen rollen tydligöras ytterligare. Något som var viktigt att belysa från resultatet är att arbetsterapeuten har en helhetssyn på individen. Här kan en koppling med MOHO göras, där en klientcentrering och en holistisk människosyn är centrala (8). Det framkom synpunkter om att rollen alltid kan tydliggöras och utvecklas samt att det är viktigt att belysa vad man som arbetsterapeut kan bidra med. Författarna upplever att arbetsterapeuten många gånger har en diffus roll, vilket innebär att den inte alltid är självklar för andra yrkesprofessioner. Det kan medföra att många inte har kunskap om vad och hur en arbetsterapeut arbetar, därför är det viktigt att tydliggöra vad arbetsterapeuten kan bidra med i demensutredningen.

I studien framkom att teamarbete är en nödvändighet vid demensutredningar, då det är ett pusselarbete att ställa en demensdiagnos. Därmed krävs det bidrag från samtliga ur teamet för att kunna nå slutresultatet – diagnosen. I ett teamarbete krävs det förståelse för varandras kompetens. Författarna anser att genom bra kommunikation och tydliggörande av respektive yrkesroll kan möjligen förståelsen stärkas. Deltagarna beskrev bland annat att de arbetade nära varandra och även gränsöverskridande. Arbetsterapeut och sjuksköterska hade ofta ett nära samarbete. Författarna anser att ett nära samarbete med andra yrkesprofessioner kan medföra att gränserna suddas ut och att det kan vara viktigt att inte glömma bort att reflektera över sin roll. Fördelar att arbeta i team kan vara att man får kunskap av varandra och att den

kan bidra till att utveckla sin egen yrkesroll. Syftet med teamarbete är att se patienten från många synvinklar för att få en uppfattning av helheten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer betonas att fler perspektiv och kompetenser bland annat kan underlätta bedömningar (1). Detta styrker uppgifterna som tidigare framkommit att ensamarbete kan vara svårt vid demensutredningar, som en av deltagarna beskrev. En synpunkt som framkom var att det är viktigt att ha mycket tid när man jobbar med patientgruppen. Att det finns utrymme för teamen att sitta ner och diskutera tillsammans är också en betydelsefull faktor. En av deltagarna beskrev sin frustation över att det gjorts besparingar och att nu endast hade hälften så mycket tid till demensutredningar som tidigare. Hon ansåg att teamarbetet inte fungerade lika bra efter nerdragningarna. Det bekräftar det som framkom i resultatet att det krävs tid för att arbeta med patientgruppen och för att uppnå bättre kvalitet på utredningarna.

Deltagarna i den aktuella studien arbetade dels med generella arbetsuppgifter och dels med specifika arbetsuppgifter. Generella var arbetsuppgifter som kunde utföras av olika professioner där ingen specifik arbetsterapeutisk kunskap behövdes till exempel Mini Mental Test (MMT) och klocktest. Med specifika menades arbetsuppgifter som var typiska för arbetsterapeuten till exempel hembesök och aktivitetsbedömningar. Anamnesen beskrevs som den viktigaste pusselbiten vid demensdiagnostisering. Den fastställdes genom intervju med patient och anhörig och ofta användes ADL - taxonomin som stöd, som är ett specifikt arbetsterapeutisk bedömningsinstrument (20). Författarnas upplevelser om ADL -taxonomin innan studien var att den har en mer fysisk inriktning. Men en deltagare beskrev att den även är tillämpbar vid beskrivning av kognitiv funktion. Hon tog på- av klädning som exempel. Rent fysiskt så kanske en person med demenssjukdom klarar det om man tänker sig att det handlar om att räcka ner till fötterna när man drar på sig byxorna, men personen kanske inte vet hur plaggen ska vändas och var på kroppen de ska sitta. Anamnesen kunde ställas av flera personer i teamet och utifrån den synvinkeln kunde kanske anamnesen ses som en mer generell arbetsuppgift. Vissa deltagare använde ADL-taxonomin som stöd för att bland annat få en uppfattning av patientens personliga-ADL (P-ADL) och instrumentella-ADL (I-ADL). Genom att fokusera på patientens aktivitetsförmåga i anamnesen kan arbetsuppgiften ses som mer specifik för arbetsterapeuten.

Arbetsterapeuter gör kognitiva bedömningar för att fastställa individens aktuella status och som en grund för vidare utredning. De använder sig av många olika bedömningar för att få en helhetsbild av patienten (21). Att använda olika bedömningar kan underlätta för att vidare kunna planera och genomföra realistiska åtgärder, samtidigt som det kan öka kvaliteten på utredningarna och att personen får en rättvis diagnos. Av resultatet framgår att deltagarna utförde olika bedömningar, genom att göra tester och observationer som används vid demensdiagnostiseringen och som underlag till vårdplaneringar. Att utföra MMT var en av de generella arbetsuppgifterna som deltagarna utförde. En reflektion kring MMT var att det inte krävs en specifik arbetsterapeutisk kompetens att utföra. Författarna anser att det var viktigt att vid bedömningar kunna tolka testerna på rätt sätt och veta vad de syftar till, vilket kan underlätta när vidare interventioner och diagnossättning planeras. Tolkningarna av bedömningarna påverkas av patientens sjukdomshistoria och detta styrker ytterligare att det är viktigt att tid och resurser läggs på att ta en anamnes vid första kontakt. En nackdel med utredningarna kan vara att bedömningar och tester kan upplevas som påfrestande av patienten, då de ofta genomgår många olika (1). Deltagarna beskrev att tester valdes efter varje individs förutsättningar. Därmed uppmärksammades hur viktigt det kan vara att ha förståelse för patientgruppen och individen samt att krav ställs på bedömaren för att bedömningen ska ge

relevant kunskap om personens förmågor. Att välja ett för svårt eller för lätt test kan påverka personens självförtroende och i vissa fall kränka. De nationella riktlinjerna (1) beskriver att utredningen ska utgå från personens helhetssituation och behov, på grund av det kan ibland inte alla delar i en utredning genomföras, till exempel om en person bedöms vara för svårt sjuk (1). Genom att se individen ur ett helhetsperspektiv kan möjligen onödiga tester undvikas. Vidare uttryckte en deltagare att man inte får lägga för stor vikt vid testresultaten och att de alltid måste ställas i relation till varje enskild person. I många fall kan personens erfarenheter, dagsform eller miljön där bedömningen utförs påverka resultatet. Exempelvis kan dagsformen påverkas av sömnbrist och en ovan miljö kan förändra patientens aktivitetsutförande som kan resultera i att bedömningen blir felaktig. Möjligen borde en bedömning utföras flera gånger vid olika tillfällen för att få en rättvisare bedömning, men som resultatet visade kan tidsbristen vara avgörande.

Bedömningar som gjordes i samband med demensutredningarna genomfördes vid hembesök eller på mottagningen. Hembesök är en betydelsefull specifik arbetsuppgift som deltagarna utförde. Det framgick både positiva och negativa sidor med hembesöken. Positivt att de ger en bra bild av patientens vardagssituation och att det blir ett naturligt sätt att bedöma i patientens vana miljö. Deltagarnas beskrivning av syftet med hembesöken överensstämmer med Creeks (22) uppfattning, där till exempel patientens förmågor och behov kan klargöras på ett bra sätt (22). Negativt är störande moment i omgivningen som att telefonen ringer eller att det knackar på dörren, vilket kunde resultera i att patienten tappade fokus. Andra menade att mottagningsbesök var bättre för då ställdes det lite andra krav, eftersom den ovana miljön kan tydliggöra svårigheterna bättre. Enligt Creek (22) utför individen aktiviteter i många olika miljöer vilket påverkar aktivitetsutförandet (22). I ställningstagandet vilken miljö som ska föredras ansågs att det var flera faktorer för arbetsterapeuten att ta hänsyn till. Bland annat i vilket syfte bedömningen ska göras, vilken information den ska resultera i samt naturligtvis vilken person som arbetsterapeuten har framför sig.

Strukturerade bedömningar bör enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer göras (1). Många av deltagarna nyttjade ostrukturerade, men använde sig av vissa bitar och sättet att tänka ur strukturerade bedömningsinstrument. Fördelar med strukturerade bedömningar är att alla kan utföra bedömningen på samma sätt och att man tittar på liknande saker, som skulle kunna leda till bättre kvalitet. Många av deltagarna hade lång yrkeserfarenhet, där tryggheten i deras yrkesroll kan ha varit en faktor som medförde att de ofta använde sig av ostrukturerade bedömningar. Den långa yrkeserfarenheten kan också ha medfört att deltagarna hade bra rutiner på bedömningsarbetet, vilket innebar att de kände sig säkrare när de utförde bedömningar. Strukturerade bedömningar används möjligen mer av arbetsterapeuter med kortare arbetslivserfarenhet eftersom de till exempel kan vara ett bra stöd när patientens problem ska förklaras för övriga i teamet.

Något som upplevdes som positivt var att samtliga deltagare hade tagit del av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som till viss del resulterat i utveckling av nya arbetssätt. Enligt riktlinjerna ska en aktivitets- och funktionsbedömning genomföras i den basala utredningen (1). Arbetsterapeuter gör aktivitetsbedömningar för att bland annat få en uppfattning om individens aktivitetsbegräsningar och för att kunna planera eventuella vidare insatser (23). Det krävs inte enbart olika aktiviteter vid bedömningarna utan även en förståelse för vad förmåga eller oförmåga är (24). De flesta deltagarna i studien arbetade med den utvidgade

utredningen vilket möjligen kunde bidragit till resultatet att många deltagare inte nyttjade aktivitetsbedömningar så ofta. Många deltagare arbetade främst med kognitiva bedömningar vilket bekräftas av riktlinjerna där det beskrivs att den utvidgade utredningen vanligen består av bland annat neuropsykologiska tester för bedömning av olika kognitiva förmågor (1). Andra orsaker som eventuellt skulle kunna påverka att aktivitetsbedömningar inte utfördes så ofta kunde vara tidsbrist och saknad av efterfrågan.

Många gånger när en aktivitetsbedömning utfördes, genomfördes den i intervjuform. Det fanns delade uppfattningar om det var bra eller dåligt. En deltagare menade att den demenssjukas uppfattning om sig själv inte alltid stämmer överens med verkligheten. Författarna anser att en praktisk tillämpning av bedömningen är att föredra eftersom det ger en mera rättvis bild hur personen fungerar i aktivitet, genom att de kognitiva svårigheterna blir mer tydliga. I en aktivitetsbedömning i intervjuform kan flera kognitiva svårigheter döljas eftersom personen kan ha en felaktig uppfattning om sig själv och sin omgivning. Möjligen kan den anhöriga ge en rättvisare bild av den demenssjukas situation i en intervju, men den nära relationen kan även påverka uppfattningen negativt, eftersom den anhöriga ständigt har problemen nära inpå sig, vilket kan medföra påfrestningar.

De flesta deltagarna uttryckte en önskan att arbeta mer med aktivitet och aktivitetsbedömningar som är en specifik arbetsterapeutisk uppgift. Att fokusera på aktivitet kan tydligöra rollen och öka förståelsen för arbetsterapeuten arbetsuppgifter. En längre patientkedja, där kontakt med patienten sker vid ett flertal tillfällen, eftersträvades. Genom att träffa patienten flera gånger byggs en relation upp och därmed kan en bättre förståelse skapas för den demenssjukas situation.

Tidsbristen var en viktig och ibland avgörande faktor när det gällde hur arbetsterapeutens roll och arbetsuppgifter fördelades. Personer som har en demenssjukdom behöver ofta mycket tid och vid tidspress kan information om personens svårigheter vara besvärliga att upptäcka. Många arbetsuppgifter tog väldigt lång tid, till exempel anamnes och aktivitetsbedömningar. En del deltagare hade slutat göra hembesök på grund av tidsbrist. Möjligen kunde ledningens bristande förståelse för sjukdomen och konsekvenserna av den vara en bidragande orsak till att tillräckliga resurser inte avsattes. Avslutningsvis visade resultatet att det fanns en strävan att utföra mer aktivitetsbedömningar, men att bristen på resurser många gånger var ett problem.

Slutsats

Resultatet visade att arbetsterapeuterna i studien ansåg sig ha en viktig och betydelsefull roll vid demensutredningar. Även om rollen beskrevs som tydlig fanns en strävan om att den alltid går att förtydliga, som betonades som en ständigt pågående process. Deltagarnas bedömningar av kognitiv och aktivitets förmåga behövdes för att fastställa diagnos. Teamarbete var nödvändigt då demensdiagnostiseringen utgörs av ett pusselarbete, där allas bidrag är lika viktiga. Arbetsterapeuterna i studien arbetade både med generella och specifika arbetsterapeutiska arbetsuppgifter. De flesta deltagarna beskrev att de utförde få aktivitets- och funktionsbedömningar, men de hade önskemål att göra fler. Brist på tid samt att det inte

efterfrågades var några orsaker till att aktivitets - och funktionsbedömningar inte utfördes. En utmärkande faktor i studien var tidsbristens inverkan på kvaliteten i deltagarnas arbete vid demensutredningar. Samtliga medverkande uttryckte att mer tid skulle underlätta arbetet och ge en bättre förståelse för de demenssjuka. Skulle kvaliteten på utredningarna öka om mer tid och resurser avsattes, är en fråga som författarna anser kan ligga till grund för vidare forskning.

Tillkännagivande

Författarna vill tacka de arbetsterapeuter som deltagit med sina erfarenheter i studien och därmed gjort vårt examensarbete möjligt. Ett tack vill författarna också rikta till handledare Anita Segring vid Örebro Universitet för allt stöd och värdefulla synpunkter under arbetets gång.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning.[Läst 2010-09-06]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf

2. Dehlin O, Rundgren Å. *Geriatrik.* Lund: Studentlitteratur; 2007.

3. Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J et al.: Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24: 895-891.

4. Svenskt Demens Centrum[Läst 2010-10-13]. Tillgänglig: http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens-ICD-10/

5. Svenskt Demens Centrum [Läst 2010-10-13]. Tillgänglig: http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Utredning-och-diagnos/Diagnoskriterier/Demens/

6. Yagoda Shagam J. The Many Faces of Dementia. *Radiologic Technology.* November/December 2009, Vol. 81/ No. 2.

7. FSA. *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2005.

8. Kielhofner G. Introduction to the Model of Human Occupation. In: Kielhofner G, editor. *Model of Human Occupation: theory and application.* Fourth edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1-7.

9. Kielhofner G. The Basic Concepts of Human Occupation. In: Kielhofner G, editor. *Model of Human Occupation: theory and application.* Fourth edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 10-23.

10. Kielhofner G, Forsyth K. Therapeutic Strategies for enabling Change. In: Kielhofner G, editor. *Model of human occupation: theory and application*. Fourth edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 185-203.

11. Kielhofner G. The environment and human occupation.In: Kielhofner G, editor. *Model of human occupation: theory and application*. Fourth edition. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 85-100.

12. Öhman A, Josephsson S, Nygård L. Awareness through interaction in everyday occupations: Experiences of people with Alzheimer`s disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2008; 15: 43-51.

13. Graff M.J.L, Vernooij-Dassen M.J.M, Zajec J, Olde-Rikkert M.G.M, Hoefnagels W.H.L, Dekker J. How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? : A case study. *Dementia*. 2006; 5: 503-530.

14. Polit D F, Beck C T. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer business; 2008.

15. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M. Höglund B, redaktörer, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2009: s 159- 172.

16. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2010.

17. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing reserch: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*.2004; 24: 105-112.

18. Codex; regler och riktlinjer för forskning [Läst 2010-11-18]. Tillgänglig: http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml

19. Codex; regler och riktlinjer för forskning [Läst 2010-11-18]. Tillgänglig: http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml

20. Sonn U, Törnqvist K, Svensson E. The ADL Taxonomy - from Individual Categorical Data to Ordinal Categorical Data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 1999; 6:11-20.

21. Vining Radomski M. Assessing Abilities and Capacities: Cognition. In: Vining Radomski M, Trombly Latham C. A, editors. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Sixth Edition. Lippincott: Williams &Wilkins; 2008. p. 260-283.

22. Creek J. The knowledge base of occupational therapy. In: Creek J, Lougher L, editors. *Occupational Therapy and Mental Health.* Fourth Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008. p. 31-56.

23. Rogers J. C, Holm M. B. Evaluation of areas of occupation. In: Blesedell Crepeau E, Cohn E S, Boyat Schell B A, editors. *Willard and Spackman`s Occupational Therapy.* Tenth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 315-339.

24. Törnquist K. *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL).* Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete; 1995.

Intervjuguide

Inledning

- Beskriv din arbetsplats
- Antal år i yrket
- Antal år med demensutredningar

1. Beskriv din roll som arbetsterapeut vid demensutredning?

- Hur tydlig är din roll?
- På vilket sätt anser du att du har en tydlig roll?
- Teamarbete: hur ser din roll ut i teamet?
- När är du som arbetsterapeut med vid demensutredning? Alltid, eller vem avgör när behov finns?
- Hur skulle du vilja att din framtida roll som arbetsterapeut vid demensutredningar är?

2. Vilken betydelse har du som arbetsterapeut för demensutredningen?

- För vem?
- På vilket sätt, kan du förklara lite mer - vikten av en arbetsterapeuts delaktighet?

3. Beskriv dina arbetsuppgifter vid demensutredningar

- Hur arbetar du enligt de nationella riktlinjerna?
- Hur utför du arbetsterapeutiska arbetsuppgifter?

4. Är det något mer som du vill tillägga?

5. Får vi återkomma om några oklarheter skulle framkomma?