

Enkätrapport

Arbetsterapeuters bedömning av aktivitetsförmåga och kognitiv funktion, hos personer med kognitiva funktionsnedsättningar

Författare: Irene Skoglöf

Bakgrund

Denna enkät rapport är en del i en utvecklingsprocess som pågått i Örebro län sedan 2010. Vid den tidpunkten fanns nya nationella riktlinjer, bl.a. om demensvård, strokevård och psykiatrisk vård. Dessa lyfte fram behovet av att genomföra kognitiva bedömningar. En tydlig och säker bedömning genomförd med vedertagna bedömningsinstrument kartlägger en persons kognitiva funktionsnedsättning och svårigheter i aktivitet. Bedömningen är viktig då den ligger till grund för vilken behandling som kan genomföras. Som startpunkt i utvecklingsarbetet erbjöds arbetsterapeuter (AT) i kommunal verksamhet en teoretisk utbildning inom kognition. Som en fortsättning bildades arbetsgrupper för framtagande av gemensamma bedömningsinstrument (både generellt och inom det kognitiva området). En "kognitiv arbetsgrupp" har särskilt fokuserat på bedömning av kognitiv funktion och aktivitetsförmåga för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Delar av gruppens utvecklingsarbete beskrivs i denna rapport.

Både arbetsgruppen och andra AT i kommunal verksamhet möter i sitt arbete personer med kognitiva funktionsnedsättningar. De kan ha olika diagnoser som Stroke, Parkinson, MS, Demens, traumatisk hjärnskada m.fl. Gemensamt för många är att funktionsnedsättningarna skapar svårigheter i aktivitet (Gillen, 2009). I vardagen observeras att personer med kognitiva funktionsnedsättningar på olika sätt blir kränkta eller ger upp p.g.a. att de utsätts för antingen för stora krav eller för små krav. Toglia (2005) beskriver vikten av att personen ges stöd på rätt nivå, så att utmaningen blir hanterbar för personen. Hon menar att det ger en känsla av kontroll, vilket optimerar chansen att lyckas i aktiviteten. Nygård (2008) skriver om personer med demens och hur hjälpinsatser behöver skraddarsys utifrån personens svårigheter och kvarvarande förmågor. I vardagen träffar AT personer med olika potential till förbättring. Oavsett förbättringspotential och diagnos så är Nygårds tankar viktiga när hon uttrycker att personen ska ges tillfälle att göra "just det som är möjligt". I det sammanhanget är ATs bedömning betydelsefull, genom att identifiera problem/resurser och stödja personen i att bibehålla meningsfulla aktiviteter utifrån personens förmåga.

Bedömning av aktivitetsförmåga och kognitiv funktion

I detta arbete används begreppet kognition som ett samlingsbegrepp, utan att göra någon uppdelning mellan t.ex. perception, minne och högre kognitiva funktioner. Kognition ingår i den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och återfinns både på kroppsfunktionsnivå, aktivitetsnivå och delaktighetsnivå (Katz, 2004). I ICF ingår de kognitiva funktionerna under begreppet "psykiska funktioner": ex. uppmärksamhet, minne, högre kognitiva funktioner (målinriktat beteende, abstrakt tänkande, planeringsförmåga, flexibilitet), insikt (inklusive medvetenhet), organisation/planering, problemlösning. På ICFs aktivitetsnivå och delaktighetsnivå anges, att tillämpa kunskap inom områdena; tänkande (forma idéer, reflektera), problemlösning och beslutsfattande (Socialstyrelsen 2003). Kognitionen har en stor betydelse för kommunikation och interaktion i aktivitetsutförandet (Katz, 2004).

Många av ovanstående begrepp på funktionsnivå kan mätas genom olika papper och penna tester som kan vara ett stöd vid utredning/diagnos. För att främja kvalitet och

patientsäkerhet i Örebro län finns en överenskommelse kring gemensamma instrument för kommun och landsting i Örebro län: "Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument" (2011). De instrument som beskrivs kort nedan ingår i överenskommelsen. Mini mental state examination (MMSE) är ett enkelt screeningverktyg för en orienterande kartläggning av kognitiv funktion och som är begränsat i att fånga kognitiv snabbhet och exekutiva funktioner (Palmkvist et al., 2011). Montreal cognitive assessment (MoCA) är ett screeninginstrument för att upptäcka lätt kognitiv funktionsnedsättning (Z.Nasredine 2014). Klocktestet är ett känsligt test med spatiala och exekutiva komponenter (Sahlgrenska Akademin). Kognitiva screeningbatteriet (KSB) utgör ett komplement till MMSE och täcker samtliga domäner inklusive snabbhet och exekutiva funktioner (Sahlgrenska Akademin). Alberts test screenar unilateralt spatialt neglect hos patienter med stroke genom ett papper och penna test (Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument 2011).

Gillen (2009) menar att papper och penna tester inte säger något om hur kognitiva funktioner påverkar personen i vardagen. Evidens finns för att aktivitetsbedömningar med strukturerade instrument fångar detta bättre (Gillen 2009). En persons aktivitetsförmåga sker i ett dynamiskt samspel mellan personen, funktionsnedsättningen, aktiviteten och miljön (Gillen 2009). Ex på personliga faktorer är motivation, livsstil, personlighet. För framgång i rehabiliteringen är det viktigt att personen har förmåga till medvetenhet, processa information och att använda strategier (Toglia 2005). Vidare betonar Toglia (2005) att olika aktiviteter kan ställa olika krav på personen och att även miljön i den aktuella aktiviteten har stor betydelse. Hon beskriver hur AT kan underlätta aktivitetsutförande genom att ändra kraven i en aktivitet, ändra miljön samt använda personens förmåga till att använda sin medvetenhet och egna strategier.

Enligt Law et al., (2005) är ATs uppgift att stödja personer att uppnå sina mål och hjälpa dem lösa problem som begränsar aktivitetsförmågan. För att uppnå målen krävs enligt författarna att AT samlar in information både om miljö och om personens kapacitet, t.ex. fysisk, kognitiv, neurologisk och psykologisk kapacitet. Radomsky & Trombly (2008) beskriver två angreppssätt vid bedömning av kognitiv funktion: 1) Bedöma aktivitetsförmåga för att kunna dra slutsatser om kognitiv kapacitet. 2) Bedöma kognitiv kapacitet för att kunna dra slutsatser om aktivitetsförmåga. Law et al. (2005) poängterar att ATs bedömning ej är fullständig om den enbart omfattar isolerad bedömning av kognitiv funktion. De rekommenderar att starta bedömning med observation i aktivitet som kan ge vidare hypoteser om kognitiva funktionsnedsättningar. Detta kan sen närmare bedömas med specifika instrument kring kognitiv funktion (Law et al., 2005).

ADL bedömning med stöd av kognitiv checklista

I den regionala överenskommelsen om bedömningsinstrument rekommenderas ADL taxonomin för ADL bedömning. Enligt Törnkvist & Sonn (2001) används ADL taxonomin vid observation eller intervju med personen. Instrumentet kan rangordna personens förmåga på olika nivåer (delaktiviteter). Fördelen med ADL taxonomin är att den utgår från ett aktivt perspektiv (gör/kan/vill). Det finns dock nackdelar med instrumentet i samband med kognition, då dess rangordning av delaktiviteter inte kan användas vid kognitiva funktionsnedsättningar. Den kognitiva gruppen sökte efter ADL instrument som inkluderar den kognitiva aspekten men hittade inget som var lättillgängligt och lätt att använda. Det finns omfattande instrument kring detta men de kräver ofta utbildningar och dyra inköp av

material. Ex på sådana instrument är A-One och AMPS. A-One bedömer ADL förmåga och identifierar underliggande funktionsnedsättningar som stör aktivitetsutförandet medan AMPS bedömer ADL-förmåga samt motorik och processfärdigheter (Gillen 2009).

Eftersom kognitiva gruppen inte hittade något lättillgängligt ADL-instrument med kognitiva aspekter så utvecklade man en kognitiv checklista (2012) som komplement till ADL taxonomin. Den togs fram under ett år och under den tiden diskuterades följande behov i vardagen: 1) AT behöver någon form av stöd/rutin för att underlätta bedömning kring kognition. Ett underliggande antagande är att många känner sig osäkra då området är komplext. 2) Det finns behov av ett enkelt språk som alla förstår, både personen, AT, anhöriga och personal. Det underliggande antagandet är att ett förenklat språk kan öka alla parter förståelse och underlätta kommunikation kring personens kognitiva funktioner, beteende och aktivitetsutförande. Den kognitiva checklisten är ett häfte på 11 sidor och ses som ett screeningverktyg (ej standardiserat instrument). Häftet behandlar ADL-bedömning, begrepp för personens behov av stöd i aktivitet, hjärnans blockindelning enligt Lurias lokaliseringsteori samt en tabell. Tabellen screenar en rad kognitiva funktioner och ex. på hur dessa kan skapa svårighet i aktivitetsutförande. Checklisten är avsedd att vara ett stöd om AT inte har tillgång till adekvata standardiserade ADL-instrument med kognitiv inriktning. Grundtanken är att AT inte kan hoppa över kognitiv bedömning för att man inte har tillgång till rätt instrument. Det skulle innebära att hela patientgruppen med kognitiva funktionsnedsättningar skulle få mycket begränsad tillgång till bedömning och stöd i att lösa aktivitetsproblem i vardagen.

Checklisten är inspirerad av Kristensen & Egmont Niensens (2011) observationsschema och har ej prövats kring reliabilitet och validitet. De flesta påståenden i checklisten är troligtvis relevanta för det kognitiva området och det pekar på en viss kvalitet. Den verkar innehålla relevanta begrepp för området (ytvaliditet) och formuläret har relevanta items (innehållsvaliditet). Efter genomläsning av litteratur (Radomski & Trombly 2008, Katz 2004) noteras att checklistans innehåll och påståenden återfinns i annan litteratur om kognition. Checklisten täcker inte begreppsområdet. T.ex. beskriver Toglia (2005) hur personens medvetenhet och användande av strategier är viktiga förutsättningar för självständigt aktivitetsutförande. Bl.a. dessa begrepp saknas i checklisten.

Kognitiva gruppen undrar nu om den kognitiva checklisten används och om AT upplever den som ett stöd. Om den inte används så är det intressant att veta varför, eftersom det kan ge värdefull kritik/information om hur den behöver förbättras. Vidare finns intresse av att undersöka om AT gör strukturerade bedömningar av kognitiv funktion och aktivitetsförmåga och vilka instrument man använder för detta. Den kognitiva gruppen söker även information om hur AT-gruppen ser på sin kunskap inom det kognitiva området samt varför man eventuellt inte gör kognitiva bedömningar. Det skulle ge vägledning i hur gruppen kan arbeta vidare. Kognitiva gruppens underliggande antagande är att AT upplever det kognitiva området som komplext och att det finns en variation i AT-gruppen, huruvida man gör bedömningar/använder strukturerade instrument. Det slutgiltiga målet är att utvecklingsarbetet kommer personerna/patienterna till nytta, att de får tillgång till bedömning och rehabilitering, där ATs fokus är att lösa problem som begränsar aktivitetsförmågan.

Syfte

- 1) Undersöka om AT använder bedömningsinstrument vid bedömning av aktivitetsförmåga och kognitiv funktion, samt undersöka vilka instrument man eventuellt använder.
- 2) Undersöka ATs användning av kognitiv checklista, deras åsikter om den samt undersöka varför man eventuellt inte använder den.
- 3) Undersöka ATs åsikter om sin kunskap på det kognitiva området samt undersöka varför man eventuellt gör bedömning sällan.

Metod

Urval

För att nå syftet användes en beskrivande studie med enkät via mejl. Totalpopulationen var kommunalt anställda AT i Örebro län som var i tjänst mars, april 2014. Långtidssjukskrivna, tjänstlediga, gravlediga samt AT i den kognitiva gruppen exkluderades. Mejl skickades ut till 186 AT och av dessa återkom 15 st som felaktiga adresser. Några av dessa adresser gick att justera. Enkäten skickades slutligen till 179 AT. Totalt 91 AT svarade på enkäten, svarsfrekvensen var 51%.

Datainsamling med enkät

Enkäten mejlades ut i mars 2014. Mejladresser inhämtades från länets MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). Svarstiden var en månad. Påminnelsemejl skickades till alla 2 ggr, oberoende av om man redan svarat eller inte. AT i Örebro (105 st) fick enkäten senare p.g.a. ett missförstånd kring mejllistor. De fick därför kortare tid att besvara enkäten.

Enkäten har arbetats fram i två processer och testats två gånger i pilotgrupp. Först som del i en metodkurs på Örebro Universitet och sedan i nära samarbete med kognitiva gruppen i Örebro län. Personal på regionförbundet slutförde enkäten i enkätprogrammet esMaker. Enkäten består av 24 frågor och har 4 delar. Del 1 är bakgrundsfrågor (1-5) om ATs arbete, utbildning och erfarenhet (slutna svarsalternativ). Del 2 berör användning av bedömningsinstrument (6-11, slutna svarsalternativ). Fyra av de slutna frågorna har ett svarsalternativ "annat". Del 3 i enkäten berör användning av kognitiv checklista (12-17) och besvaras på en 5-gradig likertskala. AT kan besvara ett påstående i ett kontinuum mellan "1-stämmer inte alls" och "5-stämmer helt". Del 4 berör arbetsterapeuternas kunskap, utbildning, åsikter kring kognitiv bedömning och besvaras på 5-gradig likertskala. De bedömningsinstrument som anges i enkäten valdes efter genomläsning av litteratur och "Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument" (Vilgotgruppen 2011). Se bild 3,4.

Etik

Information om studien och syftet med enkäten gavs i ett följebrev. Enkäten besvarades och återsändes anonymt. I följebrevet informerades om att alla får påminnelse efter en viss tid och att insamlade uppgifter endast kommer att användas för detta ändamål. Följebrevet informerar om att deltagandet är frivilligt och att samtycke till deltagande sker genom att

man aktivt besvarar enkäten. Inkomna mejlsvar gick ej att koppla till person och hanterades av oberoende personal på regionförbundet, Örebro län.

Analys

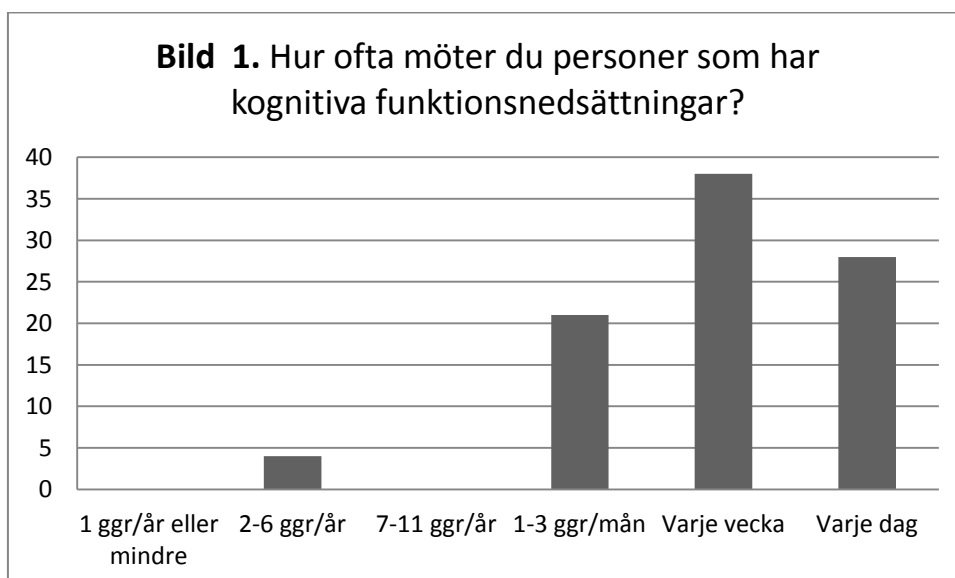
För dataanalys av enkätfrågor med slutna svarsalternativ användes programmet esMaker. Statistiken är univariat och beskrivande genom antal och procent. Analysen av öppna svarsalternativ är sammanfattande och manifest och görs i 4 steg. 1) Genomläsning av svaren som är kortfattade och kärnfulla vid utgångspunkten. 2) Markering av ord/ordgrupper 3-8 ord som återkommer i texterna. Detta är korta meningsbärande enheter. 3) Gruppering av meningsbärande enheter så att det blir en uppdelning i kategorier. Grupperingen är relativt manifest, utifrån ord/ordgrupper som är synonyma eller har liknande betydelse. 4) Kategorierna ges en rubrik. När detta görs sker en viss tolkning. De meningsbärande enheterna presenteras i resultatet under respektive kategori. Enstaka meningsbärande enheter är svåra att gruppera, de presenteras som "övriga kommentarer".

Resultat

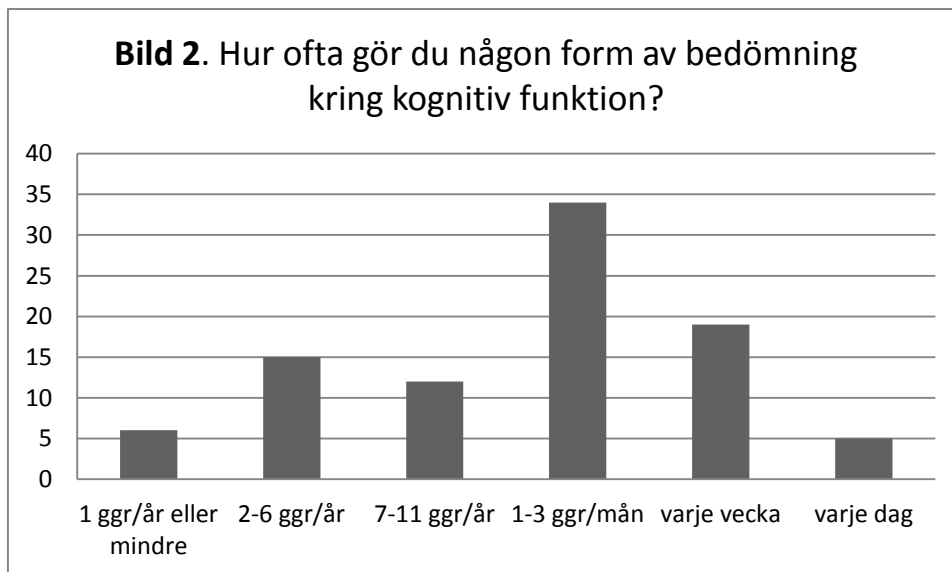
Bakgrundsfrågor om arbetsterapeuterna

De flesta AT som svarat på enkäten har lång erfarenhet av yrket. 59 har arbetat i yrket tio år eller mer. 12 st har arbetat mellan sju till nio år. 15 st har arbetat mellan fyra till sex år. Endast 5 AT har arbetat tre år eller mindre. De vanligaste verksamheterna som AT arbetar inom är distrikt/hemrehabilitering (61 st) och vård och omsorgsboende (31st). Inom korttids/rehabboende arbetar 13 st, dagvård/dagrehab 13st och gruppboende/LSS 11 st.

De 91 AT som besvarat enkäten har även erfarenhet av att arbeta med personer med kognitiva funktionsnedsättningar. 38 AT uppger att de träffar patientgruppen "varje vecka" och 28 AT uppger "varje dag". 21 AT uppger "en till tre gånger/ månad". 4 AT träffar patientgruppen "två till sex gånger/ år" (se bild1).

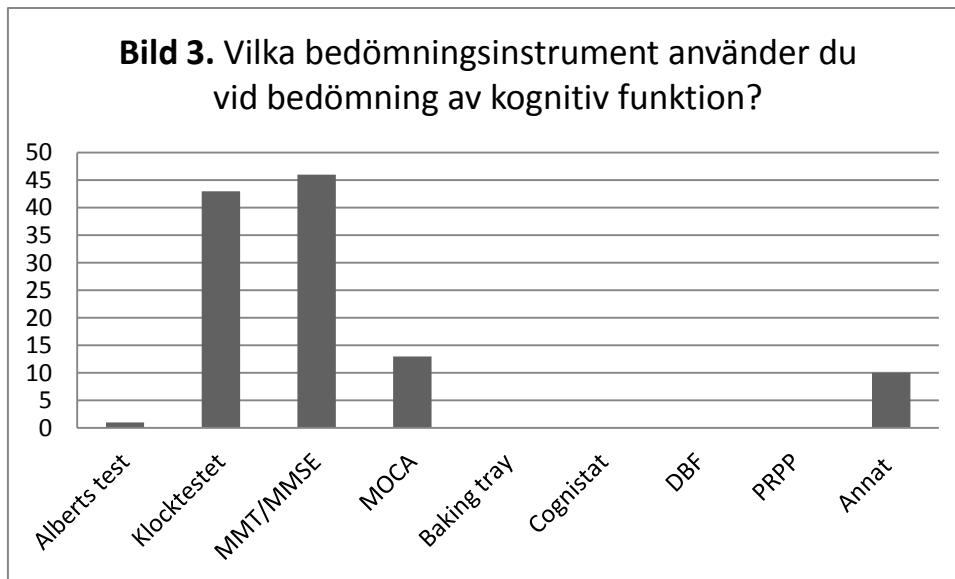


De flesta AT har mött personer med kognitiva funktionsnedsättningar under lång tid, 56 st uppger tio år eller mer. 16 AT uppger sju till nio år och 13 AT har mött dessa personer fyra till sex år. 5 AT har mött de aktuella personerna mellan ett till tre år och endast 1 AT har mindre än ett års erfarenhet av patientgruppen. Angående utbildning, så anger 70 AT att de fått utbildning i det kognitiva området inom grundutbildningen. 55 st har gått utbildning via arbetsgivaren (1-14 dagar). 4 AT har gått universitetsutbildning i ämnet utöver grundutbildningen. 3 st uppger att de inte fått utbildning alls. Alla 91 AT svarar att de gör någon form av bedömning av kognitiv funktion. Det varierar hur ofta man gör det. 34 gör detta en till tre gånger/månad, 19 st bedömer varje vecka och 5 bedömer dagligen (bild 2). Frågan avser bedömning med eller utan instrument, antingen på kroppsfunktionsnivå eller aktivitetsnivå.

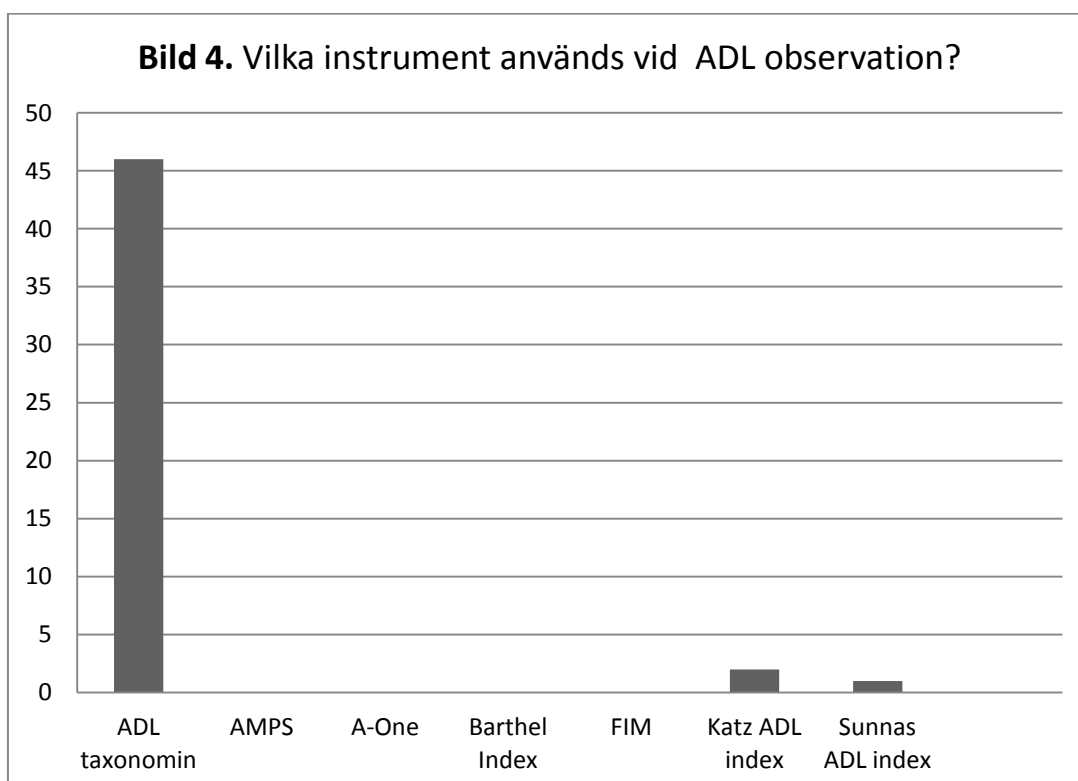


Användning av bedömningsinstrument

50/91 AT använder bedömningsinstrument vid bedömning av kognitiv funktion. De flesta AT använder MMT/MMSE (46 st), klocktestet används av 43 st och MoCa används av 13 st. En AT använder Alberts test. 11 st angav "annat" instrument, vissa beskrev med egen text: KSB (2), GBS skalan (2), Alzheimers Quicktest (1), 10 saks test (1). Det varierar hur ofta man gör bedömningar med instrument som mäter kognitiv funktion; 22 AT uppger 7-11 gånger/år, 19 uppger 2-6 gånger per år. 7 uppger 1-3 gånger per månad och 2 AT uppger 1 gång/år.



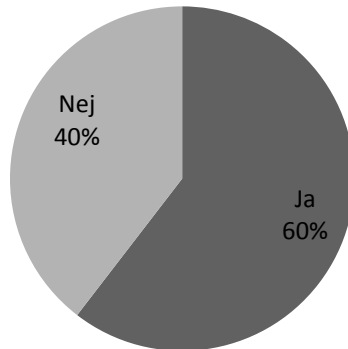
46/91 AT använder bedömningsinstrument vid ADL observation och 46 använder ADL taxonomin (se bild 4). Katz ADL index används av 2 AT och Sunnas ADL index används av 1 AT. 2 st anger annat (GBS skala och 10 saks test).



Användning av den kognitiva checklisten, ATs åsikter om den, varför använder man eventuellt inte den kognitiva checklisten?

55 AT har använt den kognitiva checklisten som stöd vid ADL observation (bild 5). De flesta (31 st) har provat den 1-3 gånger. 10 st har använt den 4-7 gånger och 14 st har använt den 8 gånger eller mer.

Bild 5. Har du använt den kognitiva checklistan som stöd vid ADL observation?



55 AT som provat checklistan anger följande åsikter om den. ATs åsikter besvaras på en likertskala mellan 1-5, där siffran 1 innebär "instämmer inte alls" och siffran 5 innebär "instämmer helt".

Påståenden om kognitiv checklista	1 (instämmer inte alls)	2	3	4	5 (instämmer helt)
Den är lätt att använda	1	3	16	23	12
Den underlättar identifiering av kognitiva funktionsnedsättningar		1	13	26	15
Den underlättar identifiering av kognitiva resurser	1	1	18	24	11
Den underlättar dokumentation av kognitiva bedömningar		4	9	18	24
Den underlättar kommunikation om kognitiv funktion med anhöriga och andra yrkesgrupper		3	14	22	16

De som inte använder kognitiva checklistan (36 st) anger följande skäl: 14 st anger osäkerhet kring hur den används, 9 st anger tidsbrist, 2 anger att man sällan träffar patientgruppen. 17 AT angav svarsalternativet "annat" och beskrev i fritext. Bland dessa kommentarer har 4 kategorier framkommit. Den ena är "inte aktuellt", den andra är "rutin saknas" den tredje är "glömt att den finns", den fjärde är "checklistan behövs inte". Se nedan:

Inte aktuellt. 5 kommentarer anger: har inte gått utbildningen/jobbat kort tid, inte kommit i kontakt med den/ har precis börjat arbeta i kommunen, ej haft möjlighet ännu/ inte varit aktuellt hos de diagnosgrupper jag mött.

Rutin saknas. 4 kommentarer anger: ej blivit inarbetad vana/ ej hunnit se över rutin för att börja använda den/ ej kommit in i rutinen/ har inte hittat rutin för att använda den.

Glömt checklistan. 4 kommentarer anger: ej kommit igång, inte tänkt på att den finns, glömmer att använda den strukturerat/inte tänkt på den

Checklistan behövs inte. 2 kommentarer anger: kan utläsa svar på de frågor jag har ändå/behovet har inte funnits

1 övrig kommentar anger: gör aldrig strukturerade bedömningar

Vad har AT för åsikter om sin kunskap på området och varför gör man eventuellt sällan bedömning på det kognitiva området?

30 AT uppger att de sällan gör någon form av bedömning kring kognitiv funktion. Som skäl anger 10 att man känner osäkerhet inom det kognitiva området, 6 anger tidsbrist och 4 uppger att de sällan träffar denna patientgrupp. 10 AT angav "annat" och 9 kommentarer lämnades med egen text. En kategori uppstår vid analys:

ATs bedömning behövs inte. 7 kommentarer anger: träffar patienten i annat syfte/andra utför uppdraget/personen redan utredd/redan bedömd/ ingen speciell anledning att göra bedömning/finns inget syfte att göra bedömning i många fall då vårdpersonal har stor kunskap/ ej framkommit behov utifrån patientens livssituation, blivit accepterat med svikten.

2 övriga kommentarer anger: jobbat kort tid och är ganska nyutbildad/arbetsgivaren medverkat till att prioritera att vi mestadels ska jobba med det somatiska

ATs åsikter om sin kunskap besvaras på en likertskala mellan 1-5, där siffran 1 innebär "instämmer inte alls" och siffran 5 innebär "instämmer helt".

Jag har kunskap att....	1 (instämmer inte alls)	2	3	4	5 (instämmer helt)
identifiera kognitiva funktionsnedsättningar /resurser vid ADL-bedömning		6	31	44	10
utforma åtgärder utifrån min bedömning om kognitiv funktion		21	35	30	5
handleda personal och anhöriga inom det kognitiva området		30	30	26	5

Metoddiskussion

Svarsfrekvensen var 91/179 st = 51%. Pollit & Beck (2012) anger att svarsfrekvensen bör överstiga 65% för att minimera bias med tanke på att personer som inte besvarat enkäten kunde svarat annorlunda. De menar vidare att det är ovanligt med så hög svarsfrekvens på mejlenkäter. I denna studie försenades enkätmejlerna till AT i Örebro kommun. Svarstiden

förkortades vilket troligtvis påverkade svarsfrekvensen negativt. Utifrån bakgrundsinformation om AT kan misstänkas att två huvudgrupper avstått från att svara på enkäten i större grad än andra; 1) de AT som sällan träffar patientgruppen 2) de AT som är relativt nyutbildade/har kort erfarenhet.

Enkäten har besvarat arbetets frågeställningar med ett undantag. Av misstag saknades KSB i enkätens slutversion och resultatet säger därför inget om användning av KSB. 2 AT angav i öppna svarsalternativ att de använder KSB. Man kan misstänka att användningen av KSB är relativt låg eftersom så få har angett det under svarsalternativ "annat". De instrument som valts ut för enkäten verkar relevanta då få andra instrument har angetts. Följebrevet till enkäten innehöll förtydligande av begrepp kring bedömning för att underlätta besvarande av enkät. I brevet beskrevs t.ex. skillnad mellan bedömning av kognitiv funktion och ADL bedömning. Vissa frågor i enkäten hade öppna svar. Analys av dessa har ej följt några bestämda analysmetoder p.g.a. den begränsade textmassan. Tillvägagångssättet vid analysen har ändå beskrivits steg för steg.

Resultatdiskussion

Användning av bedömningsinstrument

Inledningsvis kan konstateras att nästan alla som besvarat enkäten möter personer med kognitiva funktionsnedsättningar regelbundet i vardagsarbetet. Alla AT gör någon form av kognitiv bedömning, det varierar hur ofta det görs och det görs inte alltid med bedömningsinstrument. 41 AT använder inte bedömningsinstrument vid bedömning av kognitiv funktion. Ibland väljer AT i vardagen att avstå bedömning med instrument för att inte kränka personer i onödan. Det kan säkerligen vara etiskt rätt i senare skeden av kognitiva funktionsnedsättningar/diagnoser. Enligt överenskommelsen om bedömningsinstrument (2011) finns fördelar med att använda bedömningsinstrument, då det möjliggör att följa personens förlopp och utvärdera insatta åtgärder. I vardagen ses också vikten av att följa upp t.ex. en MMSE bedömning när en person förbättrats i sitt allmäntillstånd eftersom personen då kan få bättre resultat på MMSE.

Många av instrumenten som angavs i enkäten används inte alls (Baking tray, Cognistat, DBF, PRPP, AMPS, A-One, Barthel Index, FIM). Flera av dem innebär kostsamma utbildningar och inköp vilket kan vara en av anledningarna till att de inte används. De instrument som AT använder mest vid bedömning av kognitiv funktion är MMSE (46 AT) och klocktest (43 AT). MoCa används av 13 AT. Palmkvist et al., (2011) menar att MMSE har begränsningar i att fånga nedsättningar i kognitiv snabbhet och s.k. exekutiva funktioner. När man utreder kognitiv svikt med misstanke om dessa nedsättningar, kan det vara viktigt att komplettera med andra tester. Både klocktestet och MoCa fångar de exekutiva funktionerna. MoCa är dessutom ett screeninginstrument framtaget för att upptäcka lätt kognitiv funktionsnedsättning (Z.Nasredine 2014). Både MMSE och MoCa är lättillgängliga via internet med både instrument och manualer. Att MMSE är så övervägande beror troligtvis på att läkare efterfrågar MMSE vid utredning och diagnos. Detta kan vidare peka på att AT mer sällan gör bedömning av kognitiv funktion på eget initiativ.

Ungefär hälften av AT använder bedömningsinstrument vid ADL observation och av dessa använder alla ADL taxonomin (46). Få andra ADL instrument används. Troligtvis är det ännu fler som använder ADL taxonomin "i huvudet" även om man inte tar fram instrumentet vid bedömning. I resultatet finns en risk att AT svarat att man inte använder instrument om man inte gör hela ADL taxonomin. Det kan vara så att många AT använder delar av instrumentet när man gör isolerade bedömningar av vissa aktiviteter. Kognitiva gruppen har diskuterat att användning av delar av instrumentet är relevant. Det handlar om att lösa personens specifika aktivitetsproblem (Law et al., 2005) och fokusera på de delar som personen upplever som viktiga. ADL taxonomin är inte optimal vid kognitiva funktionsnedsättningar. Det är viktigt att vi inte rangordnar delaktiviteter. T.ex. kan en person med kognitiva funktionsnedsättningar gå till garderoben, ta fram kläder men inte sätta på sig kläderna rätt (anses lättare än att ta fram kläder ur garderob). ADL taxonomin kan därför bara användas till att beskriva varje kategori för sig. Om vi använder instrumentets möjlighet att beskriva hjälpbehov så kan ev. ett indirekt mått erhållas som kan jämföras över tid och ev. visa på förändringar. En förutsättning är då att samma begrepp används kring behov av stöd/hjälp. Kognitiv checklista ger förslag på begrepp för att beskriva personens behov av stöd. Liknande skalor/graderingar kan ses i annan litteratur (Gillen, 2009), t.ex. Functional Independence scale och Neurobehavioral score som ingår i instrumentet A-One. Dessa skalor har 4 steg jämfört med 6 steg i kognitiv checklista.

Resultatet visar hur ofta AT gör strukturerade bedömningar av kognitiv funktion men det visar inte hur ofta AT använder ADL instrument. Förhoppningsvis är det i vardagen så att AT gör fler ADL bedömningar än "papper och penna tester". Enligt Law et al., (2005) bör AT fokusera på personens aktivitetsförmåga och hur kognitiv funktionsnedsättning påverkar personen i aktivitet. Även Katz (2004) betonar att ATs fokus och mål bör riktas mot personens aktivitetsförmåga. Med tanke på att många AT känner sig osäkra, upplever tidsbrist och inte tror att ATs bedömning behövs så finns en risk att strukturerade aktivitetsbedömningar prioriteras bort.

Kognitiv checklista

55 AT har använt den kognitiva checklisten men de flesta hade provat den vid enstaka tillfällen. De flesta som inte använde checklisten angav skälen osäkerhet (14) och tidsbrist (9). Många av svaren verkar handla om att "det inte blivit av". Det är få som har negativa kommentarer om checklisten, 2 AT anser att den inte behövs. Troligtvis är det ett visst motstånd att komma igång med checklisten och flera AT har i samtal önskat mer vägledning i bedömningsprocessen. I samtal med AT kollegor finns också en tendens till att ovana AT upplever kognitiv checklista som ett stöd medan erfarna AT inte ser behovet av den eftersom man "har allt i huvudet". Dock visar resultatet att den använts av ungefär lika många AT som använder ADL taxonomin.

AT har besvarat påståenden på en 5-gradig likertskala där 5 är de mest positiva åsikterna. Överlag kan ses att majoriteten av svaren befinner sig på steg 3-5 vilket tolkas som ett visst positivt omdöme. De mest positiva åsikterna finns kring underlättande av dokumentation. Angående lättanvändarvänlighet och identifiering av kognitiva resurser har majoriteten svarat 3-4. När det gäller identifiering av kognitiva funktionsnedsättningar samt underlättande av kommunikation och dokumentation har majoriteten svarat 4-5 på skalan. Identifiering av kognitiva funktionsnedsättningar underlättas i större utsträckning än

identifiering av kognitiva resurser. Inledningsvis påtalades behovet av ett enkelt språk som underlättar kommunikation. Arbetsterapeuter är ofta relativt ensam i rollen att handleda kring rehabilitering, aktivitetsförmåga och kognition. Holmqvist et al., (2009) beskriver att arbetsterapeuter och personal har olika syn och att det är svårt att förmedla kognitiv rehabilitering till personal. Det verkar som att checklisten kan vara ett stöd för att underlätta kommunikation. Den största spridningen av svaren återfinns kring lättanvändarvänlighet. Detta tolkas som att den inte är helt lätt att använda.

Förbättringsområden, kognitiv checklista

Kognitiv checklista kan förbättras gällande tydlighet. Ett annat förbättringsområde är identifiering av resurser. Då kognitiv rehabilitering bygger på att tillvarata resurser behöver dessa lyftas fram på ett tydligare sätt. Många AT uttrycker i samtal att man ser de kognitiva funktionsnedsättningarna och resurserna i aktivitet men att det är svårt att veta hur man ska gå vidare i bedömningsprocessen. Den pressade vardagen gör det svårt att reda i all information och analysera/gå vidare i processen. Eventuellt kan även detta vara ett förbättringsområde.

Kognitiv checklistan tros kunna vara ett gott stöd, t.ex. när en person har demens, där syftet är att hitta personens nivå och behov av stöd i aktivitet. Det som observerats med ADL-taxonomi och checklistan kan ge vidare hypoteser om vilket bemötande och stöd personen behöver i aktivitet. Detta ställningstagande utgår från att sjukdomen är progredierande och att personen inte ska utsättas för allt för stora krav. AT träffar många personer som har en förbättringspotential och som förväntas öka sin aktivitetsförmåga. Vid genomläsning av litteratur framkommer att checklistan saknar begrepp som medvetenhet, processfärdigheter, strategier, miljö m.m. Togli (2004) menar att självständig aktivitetsförmåga kräver att personen inser sina begränsningar och kan styra aktivitetsutförandet (inifrån-styrt) och använda effektiva strategier. Hon beskriver även hur yttre ledtrådar i miljön och anpassning av aktivitet direkt kan stödja aktivitetsutförande även om personen har svårt att använda sig av medvetenhet och strategier. Hon ger vidare en bild av hur AT är observant på dessa faktorer både i bedömnings- och träningsituationen. Det kan alltså vara ytterligare ett förbättringsområde att använda vissa av dessa begrepp även om "hela modeller" inte kan rymmas i checklistan.

Arbetsterapeuters kunskap och varför man eventuellt inte gör bedömning

De flesta AT i denna enkätstudie har få möjligheter att specialisera sig (t.ex. 61/91 arbetar på distrikt). 30 av 91 AT gör sällan bedömning av kognitiv funktion (frågan avser både funktions och aktivitetsnivå). Samtidigt uppger 66 AT att de träffar personer med kognitiva funktionsnedsättningar varje dag eller varje vecka. De vanligaste skälen till att inte göra bedömning var osäkerhet vid bedömningar på det kognitiva området (10 st), "ATs bedömning behövs inte" (7 st) samt tidsbrist (6 st). Osäkerhet och tidsbrist i kombination med synsättet att ATs bedömning inte behövs, kan påverka patientens kognitiva rehabilitering negativt. Holmqvist et al., (2009) beskriver i en kvalitativ studie ATs upplevelse av att man saknar tid och resurser att vara med i personens totala rehabilitering. Studien beskriver också att AT känner sig osäkra på det kognitiva området och att det verkar finnas en ovilja mot att använda instrument. Detta styrks i denna rapport där AT anger osäkerhet, tidsbrist och där 30 AT anger att de sällan gör någon form av kognitiv bedömning.

AT har kompetens att bedöma personens förmåga och att anpassa/ gradera/ åtgärda i aktivitet så att personen får göra "just det som är möjligt". Det är särskilt betydelsefullt att AT ser aktivitetsbedömning som en naturlig uppgift då AT är den enda professionen som bedömer aktivitetsförmåga. Arbetsgruppens erfarenhet är att det ofta behövs flera besök för att "ringa in" en persons kognitiva funktionsnedsättningar och svårighet i aktivitet. Besöken tar tid och AT vittnar ofta om stress och t.o.m. dåligt samvete för att bedömning och analys tar lång tid. Kristensen & Egmont Nielsen (2011) menar att AT oftast behöver göra flera bedömningar för att få tillräcklig information att basera den arbetsterapeutiska behandlingen på. De betonar vidare vikten av att bedömningen får ta tid så att personens självständighetsgrad och förmåga till problemlösning blir synlig. Om AT hjälper för snabbt missas denna information. Författarna menar vidare att flera bedömningstillfällen också avslöjar personens kognitiva variation t.ex. över dygnet eller mellan olika dagar (Kristensen & Egmont Nielsen 2011). Yrkesverksamma AT behöver troligtvis stöd i vardagen kring detta; att en persons kognition och aktivitetsförmåga är för komplext för att "fixa" på ett besök, samt att bedömningen måste få ta tid.

När det gäller upplevd kunskap så anger AT att de har kunskap att identifiera kognitiva funktionsnedsättningar och resurser. Den kognitiva gruppen har i samarbete med regionförbundet, initierat fyra utbildningar för länets kommunalt anställda AT. Utbildningarna har pågått under 3 år och omfattat både kognitiv funktion och aktivitetsförmåga (ADL bedömning med ADL-taxonomin och kognitiv checklista, MMSE, klocktest och KSB). Innan detta genomfördes också en teoretisk utbildning i samarbete med Örebro Universitet. Förhoppningsvis har de utbildningar som genomförts i regionen bidragit till upplevd kunskap.

AT anger dock att de har mindre kunskap att åtgärda och handleda på det kognitiva området. För att möta detta anordnades en heldagsutbildning i kognitiv rehabilitering under hösten 2014. Troligtvis behöver AT ytterligare stöd kring utformning av kognitiva åtgärder. Då AT i kommunal verksamhet inte är med i personens vardag kan det vara svårt att säkerställa att kognitiv rehabilitering verkligen sker. Det förutsätter att personal och anhöriga har kunskap om bemötande, strategier och åtgärder så att personen ges möjlighet att göra "just det som är möjligt". Holmkvist et al., (2009) belyser delvis denna problematik. Slutligen kan konstateras att det finns ett behov av fortsatt utvecklingsarbete kring bedömning, åtgärd och handledning inom det kognitiva området.

Referenslista

Gillen, G. (2009). Cognitive and perceptual rehabilitation: Optimizing function. St Louis, Missouri: Mosby, Inc.

Holmqvist, K., Kamwendo, K., Ivarsson, A. (2009) Occupational therapist's descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury. Scandinavian Journal of Occupational therapy, 16(1), 13-24.

Kaae Kristensen, H., Egmont Nielsen, G. (2011). Ergoterapi og hjerneskade. København: Munksgaard Danmark.

Katz, N. (Ed.). (2005). Cognition & occupation across the life span: models for intervention in occupational therapy. Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc.

Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga. (2012). Hämtad 141023 från <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Du-som-arbetar-som/Arbetsterapeut/Kognitiv-checklista---ADL-bedomning/>

Kognitiva screeningbatteriet. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. Hämtad 141028 från www.pfizermedica.se/documents/10399/31444/KSB-Introduktion.pdf?/version=1.0

Law, M., Baum, C., Dunn, W. (2005). Measuring Occupational Performance: Supporting best practice in occupational therapy. Thorofare: SLACK incorporated.

Nygård, L. (2002). Vardagslivets aktiviteter, möjligheter och begränsningar. I Om demens. Stockholm: Liber AB.

Palmkvist, S., Terzis, B., Strobel, C., Wallin, A. (2011). MMSE – SR Mini Mental State Examination – Svensk revidering: Manual. Hämtad 141023 från http://www.demenscentrum.se/Global/Arbeta%20med%20demens_Bild/Skalor_instrument/MMSE-SR%20manual%20%200.pdf

Polit, D., Tatano Beck, C. (2012). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Vällingby: Bjurner och Bruno AB.

Toglia, JP (2005). A dynamic interactional approach to cognitive rehabilitation I N. Katz (Ed.). Cognition & occupation across the life span: models for intervention in occupational therapy (s 29-72). Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc.

Törnkvist K, Sonn U. (2001). ADL taxonomi: en bedömning av aktivitetsförmåga. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Rehabilitering av äldre – bedömningsinstrument: en sammanställning av gemensamt antagna bedömningsinstrument för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom området rehabilitering för äldre i Örebro län. (2011) Hämtad 141021 från http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare/OVK/Dokument/Avtal_%C3%96verenskommelser_2011/%C3%96verenskommelse%20rehab%20bed%C3%B6mningsinstr%20nov%202011.pdf

Vining Radomski, M., Trombly Latham, C. (2002) Occupational therapy for Physical dysfunction. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nasreddine, Z. (2014) Montreal Cognitive Assessment: Instruktion för testning och utvärdering. Hämtad 141023 från www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCainstructions/Swedish.pdf

Irene Skoglöf 141115