

BACHELOROPPGAVE:

**MMSE; Hot or not?
Ergoterapeuters erfaringer med
bruk av MMSE på sykehus.**

FORFATTERE:

Birger Ihle

Hanna Lønstad

13HBERG

Dato: 06.05.2016

Avdeling: Helse, omsorg og sykepleie

Seksjon: Helse, teknologi og samfunn

SAMMENDRAG

Tittel:	MMSE; Hot or not? Ergoterapeuters erfaringer med bruk av MMSE på sykehus.	Dato : 06.05.16
Deltaker(e)/	131363 131353	
Veileder:	Linda Stigen	
Stikkord/nøkk elord	Mini mental status evaluering, kognitiv kartlegging, ergoterapi, sykehus, kvalitativ metode	
Antall sider/ord:	38/11198	Antall vedlegg: 1
		Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: MMSE er det mest brukte redskapet for kartlegging av kognitiv funksjon verden over (Van Heugten m. fl. 2014). MMSE er kortvarig å administrere, og har spørsmål om tid- og stedsorientering, hukommelse, hoderegning, språk og praksis (Folstein m. fl. 1975). MMSE har ulike påvirkingsfaktorer og begrensninger ved utførelse av redskapet og benyttelse av resultatet (Strobel og Engedal 2008). Vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter har med MMSE, og hvordan de løser problemstillinger rundt bruken av redskapet.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju ble gjennomført med fire ergoterapeuter som jobber på sykehus. Intervjuet ble transkribert og analysert med bruk av innholdsanalyse.</p> <p>Resultat: Ergoterapeutene benytter MMSE i stor grad, og finner redskapet brukervennlig og nyttig ved retesting. De nevner flere begrensninger som kan påvirke MMSE-resultatet. Dette kan være høy alder, utdanningsnivå, kulturell bakgrunn, stress, sykdom og fysiske funksjonsnedsettelse. De opplever en ulik forståelse og benyttelse av MMSE-skår mellom forskjellige yrkesgrupper, og nevner verdien av en helhetlig kognitiv vurdering. Ergoterapeutene mener at MMSE ikke skal brukes isolert, fordi generalisering til ADL-funksjon kan variere i stor grad.</p> <p>Konklusjon: Resultatene indikerer at MMSE er et mye benyttet verktøy for screening av kognitiv funksjon. Det er tidseffektivt, enkelt å administrere og er velkjent i fagmiljøet. Verktøyet har dog flere begrensninger som kan påvirke resultatet, og det vil være viktig å overveie disse for å iverksette hensiktsmessige tiltak. Det kan tyde på at forståelsen av MMSE er ulik for forskjellige yrkesgrupper når kvalitativ informasjon blir kvantifisert. Det vil være viktig å inkludere den kvalitative informasjonen for å få en helhetlig vurdering av kognitiv funksjon.</p>		

ABSTRACT

Title:	MMSE; Hot og not? Experiences using the MMSE by occupational therapists working in hospital.	Date : 06.05.16
Participants	131363 131353	
Supervisor	Linda Stigen	
Keywords	Mini-Mental State Examination, cognitive assessment, occupational therapy, hospital, qualitative method	
Number of pages/words:	38/11198	Number of appendix: 1
		Availability: Yes
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Objective: MMSE is the most widely used tool for cognitive assessment (Van Heugten m. fl. 2014). The MMSE is quick to administer, and includes questions about time and place orientation, memory, mental arithmetic/mathematics, language and practice (Folstein m. fl. 1975). MMSE has different influencing factors and constraints in carrying out the assessment and use of the results (Strobel og Engedal 2008). Our goal was to examine the experiences occupational therapists have with use of the MMSE, and how they solve questions regarding the assessment tool.</p> <p>Methods: Qualitative method with focus group interview was conducted with four occupational therapists working in a hospital. The interview was transcribed and analysed using content analysis.</p> <p>Results: The occupational therapists use the MMSE frequently, find it easy to administer, and useful in retesting. They mention several limitations affecting the MMSE results, such as old age, level of education, cultural background, stress, disease and physical impairment. They experience a difference in understanding and interpretation of the MMSE score between health professions, and mention the value of a wide-ranging cognitive evaluation. The occupational therapists believe that the MMSE should not be used isolated, as generalization to ADL function can vary largely.</p> <p>Conclusion: The results indicate that the MMSE is a widely used tool for screening of cognitive function. It is time efficient, easy to administer and is well known among health professionals. Nevertheless, the assessment tool does have some limitations affecting the results, which are important to take into account in order to implement appropriate interventions. The results imply that health professionals may understand the qualitative information differently when it is quantified. Therefore, it is important that the qualitative information that MMSE provides is included.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 FORMÅL	6
1.4 ERGOTERAPIFAGLIG RELEVANS	6
2. TEORI	7
2.1 MMSE	7
2.2 TIDLIGERE FORSKNING	8
3. METODE	12
3.1 DATAINNSAMLING	13
3.1.1 Litteratur	13
3.1.2 Intervju	16
3.2 UTVALG AV INFORMANTER	16
3.3 ANALYSE	17
4. RESULTAT	19
4.1 OBSERVASJON UNDER INTERVJUET	25
5. DISKUSJON	25
5.1 RESULTATDISKUSJON	25
5.2 METODEDISKUSJON	32
6. KONKLUSJON	34
7. LITTERATURLISTE	35
8. VEDLEGG	38
8.1 SØKEHISTORIKK M/TABELL	38

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Dette er en bacheloroppgave av to ergoterapistudenter ved NTNU avdeling Gjøvik. Hovedtema for oppgaven er redskapet Mini-Mental State Examination (Folstein m.fl. 1975) som benyttes ved kognitiv kartlegging. Videre i oppgaven vil vi bruke termen MMSE. Kognitive funksjoner består av mentale ferdigheter som oppmerksomhet, sanseoppfattelse, hukommelse, logiske evner, problemløsning og språk (Malt 2015). MMSE har spørsmål om tid- og stedsorientering, hukommelse, hoderegning, språk og praksis. MMSE er enkel og kortvarig å administrere, og er gunstig å benytte på pasienter som ikke har kapasitet til å fungere i lengre perioder (Folstein m. fl. 1975).

Gjennom studieforløpet har vi begge interessert oss for kognitiv funksjon, og har i praksis benyttet MMSE for å kartlegge kognitiv funksjon. Samtidig har vi tatt interesse for å undersøke hva som gjør at metoden er den mest brukte verden over (Van Heugten m. fl. 2014). Det er også kjent at MMSE har ulike påvirkningsfaktorer og begrensninger ved utførelse av redskapet og benyttelse av resultatet (Strobel & Engedal 2008). Dette kan være faktorer som utdanning, alder, kulturell bakgrunn (Tombaugh & McIntyre 1992) og fysiske funksjonsnedsettelse etter for eksempel et hjerneslag (Pangman m. fl. 2000). Et annet element ved vår studie er å undersøke sammenhengen mellom MMSE-resultater og ADL-funksjon. ADL står for aktiviteter i dagliglivet, og er målrettede og meningsfulle handlinger som kan innebære omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre (Store norske leksikon 2014).

Vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter har med dette, og hvordan de løser problemstillinger rundt bruken av redskapet. Vi vil vite hvordan ergoterapeuter erfarer å bruke MMSE i sin praksis, hvilke gode egenskaper det har, og hvordan resultatene blir brukt videre. Ergoterapeuters erfaringer og meninger om MMSE finnes det lite kvalitativ forskning om, noe våre søk også bekreftet. Vi ønsker å gjøre noe med dette.

1.2 Problemstilling

“Hvilke erfaringer har ergoterapeuter på sykehus med å benytte Mini Mental Status Evaluering for kartlegging av kognitiv funksjon?”

1.3 Formål

Formålet med oppgaven er å gi oss erfaring med å gjennomføre et vitenskapelig prosjekt ved bruk av kvalitativ metode. Vi ville finne erfaringer blant ergoterapeuter som benytter MMSE i sin praksis. Vi ønsker å undersøke hvordan de bruker MMSE, hvilke tanker og meninger de har rundt informasjonen den kan gi, hvordan de tar hensyn til eventuelle begrensinger, og hvordan resultatet blir benyttet. Vi vil også bidra til å skape en bevissthet rundt faktorer som kan påvirke MMSE-skåren, samt bidra til å unngå ukritisk bruk av MMSE. Dataene vi samler inn vil vi bruke til å skrive en bacheloroppgave ved NTNU avdeling Gjøvik og presentere en poster på skolen. Informasjonen vi får gjennom våre funn vil vi se opp mot aktuell teori og forskning.

1.4 Ergoterapifaglig relevans

Tematikken og problemstillingen vi har valgt, har stor ergoterapifaglig relevans. MMSE er den kognitive kartleggingsmetoden som brukes mest av ergoterapeuter (Brown m. fl. 2014). Ifølge Norsk Ergoterapiforbund (2011) er kognitiv kartlegging en kjernekompetanse i ergoterapi og kan bidra til økt forståelse av tilrettelegging, mestring og deltagelse. Kartlegging av kognisjon gjøres i stor grad på sykehus (Tuntland 2014), noe vi selv har erfart i praksisperioder på to forskjellige sykehus.

I en undersøkelse publisert i 2015 (Dolva m. fl. 2015) om hvilke vurderingsverktøy norske ergoterapeuter benytter, svarer 45.1 prosent at de anvender MMSE. Svarene ble gitt i en spørreundersøkelse der til sammen 4281 responderte i undersøkelsen. Svaret på hvorfor MMSE blir brukt av så mange ergoterapeuter i Norge, er fordi redskapet er en del av demensutredningen i kommunehelsetjenesten. Denne utredningen er utviklet av nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. I tillegg til demensutredning blir MMSE også brukt til kartlegging etter hjerneslag, og om pasienter er kognitivt egnet til å kjøre bil (Dolva m. fl. 2015). Ut fra tallene i undersøkelsen kan vi dermed si at MMSE blir benyttet av mange

ergoterapeuter i Norge, noe som gir videre forskning på området høy ergoterapifaglig relevans.

Å stille spørsmål ved bruken av redskapet, og å utvikle en evne til kritisk tankegang vil være med på å utvikle vår forståelse av faget, og kunne bidra til fagutvikling. Det vil også bidra til å gi ny kunnskap om kartleggingsredskapet MMSE og ergoterapeuters bruk av kartleggingsmetoden. En kvalitativ undersøkelse spør etter individers egne opplevelser, noe som hjelper oss til å få en bedre forståelse av kartleggingsmetoden og ergoterapeutenes kliniske resonnement. En fordel med kvalitativ forskning er inkluderingen av informantenes fortellinger, følelser og reaksjoner som omhandler temaet (Carlsson 1991).

2. Teori

2.1 MMSE

MMSE står for “Mini-mental state examination”, og er en kognitiv kartleggingsmetode med spørsmål om tid- og stedsorientering, hukommelse, språk og praksis, hoderegning og oppmerksomhet. Testens oppgaver består i å svare verbalt på spørsmål fra en testleder, samt tester evne til å følge instruksjoner og kopiere to overlappende, femkantede figurer. Den maksimale poengsummen man kan få er 30 (Folstein m. fl. 1975), der det generelle punktet for kognitive utfall er 24 (Strobel & Engedal 2008). Studier utført av Lin m. fl. (2013) viser at dette punktet ofte varierer mellom 23-25. MMSE har ingen tidsbegrensning, men tar omkring 10 minutter å gjennomføre. Dette er en god egenskap for en test ettersom pasienter med demens eller forvirringstilstander ofte fungerer best i en kort periode. MMSE kvantifiserer pasienters kognitive tilstand, og sikter med dette mot å konkretisere testresultatene slik at retesting og måling av resultatet kan være objektivt. Testen er lite sensitiv for læring fra tidligere testing, og hvis testen er tatt av forskjellige testledere. MMSE gjør kognitiv kartlegging tilgjengelig for flere med å være enkel i bruk og er i tillegg rask å gjennomføre i tidkrevende situasjoner (Folstein m. fl. 1975).

MMSE har en manual som blant annet beskriver begrensinger og gyldighet ved MMSE (Strobel & Engedal 2008). Den forteller at MMSE er både muntlig og skriftlig språkavhengig, og at reduserte språkevner kan påvirke sluttskåren. Videre formidler den at

kjennskap til teststed også kan påvirke sluttskår, hvor testing i hjemmet vil kunne gi bedre resultat enn testing ved et ukjent utredningssted. Ofte sees det at lavere skår oppnås av personer med høy alder og lav utdanning. Allikevel kan svært gamle personer som skårer lavt være forenlig med normal kognitiv funksjon, mens yngre personer med høy utdanning og lik skår kan være forenlig med kognitiv svikt. Det kommer frem i manualen at det er svært viktig å kunne vurdere faktorer som kan gi potensielle vekslende kognitive utfall. Dette kan være bivirkninger av legemidler, delirium, depresjon eller andre sykdommer. Manualen understreker viktigheten med å vurdere den kvalitative informasjonen som baseres på individuell evaluering med henhold til utførelse og utfall på deloppgaver i MMSE, og ikke bare se på sluttskår (Strobel & Engedal 2008).

2.2 Tidligere forskning

I 2013 publiserte Lin m. fl. (2013) en review-artikkel om kognitive kartleggingsverktøy. Bakgrunnen var påstanden om at tidlig identifikasjon av kognitive vansker kan minske dødeligheten, og forbedre behandlingen til disse pasientene. En presis kartlegging tidlig i sykdomsforløpet kan være verdifullt for pasienten og behandlende instanser når viktige avgjørelser skal tas. Resultatene er analysert i kvantitative modeller for å se på sammenheng mellom variablene som ble satt opp (Lin m. fl. 2013). Studien omhandler mange forskjellige kognitive screening-metoder. Det kommer frem at MMSE var det kartleggingsverktøyet som var gjenstand for flest studier, tilsammen 25. MMSE var også i gruppen av kartleggingsmetoder som viste seg å ha høyere sensitivitet for å oppdage demens enn mild kognitiv svikt. For å kartlegge generell kognitiv funksjon var også MMSE av de mest brukte. De vanligste poengsummene for å mistenke kognitiv svikt var 23-24 eller 24-25. Av metodene i studien var MMSE metoden som hadde lengst administrasjonstid, i tillegg til at det understrekes at metoden ikke er tilgjengelig for allmennheten uten kostnader. Hvilken kartleggingsmetode som er best egnet i en kartleggingsfase finner studien ikke et sikkert svar på, men konkluderer med at de mest brukte metodene, herunder MMSE, er tilstrekkelige for å oppdage demens (Lin m. fl. 2013).

Validitet kan betegnes som gyldighet eller relevans. Det er knyttet til om undersøkelsen faktisk måler det den skal måle, slik at det ikke trekkes feilaktige slutninger (Kunnskapssenteret 2014). MMSE er akseptert som et valid redskap for screening av kognitiv

funksjon. Allikevel viser studier at skåren vil variere og bli påvirket av alder, utdanning, fysisk funksjon for eksempel etter slag eller ved artrose (Pangman m. fl. 2005), og kulturell bakgrunn (Woodward 2000). For at testen skal være suksessfull, må også pasienten ha adekvat hørsel og syn, og klare å holde en blyant og å skrive (Pangman m. fl. 2005). Reliabilitet kan betegnes som pålitelighet. Det er knyttet til om undersøkelsen representerer den faktiske situasjon, og tar for seg hvordan undersøkelsen er gjennomført. Ved høy reliabilitet skal to forskere kunne utføre en identisk undersøkelse og komme frem til samme resultat (Sander 2014). Folstein m. fl. (1975) omtaler MMSE som et reliabelt verktøy i sammenheng med retest, og om den blir utført av forskjellige testledere. Skåren viste seg å være stabil selv om ulike testledere utførte testen, og gav ofte samme resultat i en retest etter 24 timer. Læringseffekten viste seg også å være liten, noe som gjør testen reliabel til å kartlegge den faktiske situasjonen til pasienten (Folstein m. fl. 1975).

Tombaugh & McIntyre (1992) understreker at MMSE er et verktøy med høy validitet. De har publisert en review-artikkel som omhandler validitet og sensitivitet hos MMSE. Artikkelen konkluderer med at MMSE har høy validitet i tilfeller med moderat til alvorlige kognitive vansker (Tombaugh & McIntyre 1992). I den samme studien bemerkes det også at MMSE kan la seg påvirke av alder, utdanning og kulturell bakgrunn. Samtidig så ikke kjønn ut til å være en påvirkende faktor på skåren. Det frarådes å bruke MMSE som det eneste redskapet til å kartlegge og identifisere demens. I studien påpekes det at MMSE sin vanligste mangel er sensitivitet under testing av pasienter med mild kognitiv svikt. Dette kan gjøre det problematisk å identifisere pasienter med normal kognitiv funksjon, fra de med milde kognitive vansker (Tombaugh & McIntyre 1992). Kafonek m. fl. (1989) omtaler MMSE som et raskt og enkelt verktøy å benytte til kognitiv screening. Her bemerkes det at pasienter med fysiske funksjonsnedsettelse, lav utdanning eller høy alder kan bidra til å endre resultatet, men at disse faktorene påvirker i liten grad. Denne studien konkluderer med at MMSE er et valid kartleggingsverktøy for å identifisere demens hos institusjonaliserte pasienter (Kafonek m. fl. 1989).

MMSE blir i stor grad brukt til å kartlegge kognitiv funksjon hos de eldre i befolkningen. Redusert kognitiv funksjon er i mange tilfeller mer vanlig i denne aldersgruppen, selv om det ikke er en normal del av aldringen (Dellasega & Morris 1993). Dellasega og Morris (1993) omtaler MMSE som et kartleggingsverktøy med god validitet. Samtidig sier de at kartlegging av en aldersgruppe med økt sannsynlighet for et sammensatt sykdomsbilde, fysiske

funksjonsnedsettelse og andre funksjonsfall bør evalueres nøye. Dellasega og Morris (1993) sier at MMSE ikke egner seg best til å bruke som verktøy alene for å studere kognitiv funksjon, men er nyttig som screening og sammenligning av tidligere data innenfor kognitive vansker. Dette gjøres mulig ved at bruken av MMSE er omfattende, som gjør muligheten til sammenligning utstrakt.

En studie gjennomført av Van Heugten m. fl (2014) har tatt for seg 51 studier hvor de undersøker validiteten til 16 kognitive screening instrumenter til bruk på slagpasienter. Resultatet viser at ingen av verktøyene får alle kriteriene godkjent for kognitiv screening i akutt fase etter slag. Studien forteller om MMSE sin høye validitet ved benyttelse på eldre brukere, men viser at MMSE ikke kommer positivt ut ved bruk på slagpasienter. Den viser lav validitet på flere områder og kan la pasienter gå med en ubemerket kognitiv svikt hvor det er behov for kognitiv rehabilitering. Studien konkluderer med at MMSE viser lav validitet hos slagpasienter og burde ikke benyttes som screening på denne pasientgruppen. Det kognitive verktøyet som får høyest validitet og som blir anbefalt ved bruk på slagpasienter i denne studien, er Montreal Cognitive Assessment, MoCA (Van Heugten m. fl. 2014).

En annen studie tar også for seg bruk av MMSE og MoCA på slagpasienter for å se på sammenhengen til funksjonell utførelse (Toglia m. fl. 2011). I studien klassifiserer MoCA flere pasienter som kognitiv svekket enn MMSE. Resultatet støtter annen forskning hvor MoCA omtales som et mer sensitiv screeningverktøy enn MMSE for å oppdage mild kognitiv svikt. Den visuoksekutive oppgaven på MoCA viste å ha en større sammenheng med funksjonell utførelse enn sluttskåren til både MoCA og MMSE. Studien konkluderer med at MoCA kan være en viktig metode for å kartlegge slagpasienter i akutt fase (Toglia m. fl. 2011).

Espino m. fl. (2001) har utført en studie med MMSE sett mot etniske grupper, boligområde, utdanning, og praktiske ADL-oppgaver. De testet mexikanske-amerikanere mot europeiske-amerikanere i ADL-ferdigheter og MMSE. De fant ut at lavt utdanningsnivå, andre sykdommer og høy alder kan forutsi flere feil og en lavere MMSE-skår. De etniske mexikanske-amerikanerne hadde generelt lavere MMSE-skår enn de europeiske-amerikanerne på alle variabler. Sammenlignet med de europeiske-amerikanerne hadde de mexikanske generelt lavere inntekt og utdanning, lavere ADL og IADL kapasitet, dårligere bostandard, og høyere forekomst av depresjon og diabetes. Den europeiske gruppen viste

også at lavere utdanning og inntekt gav lavere MMSE-skår. Studien viser også at de som skåret lavere enn 24 på MMSE, brukte konsekvent lengre tid på alle de praktiske ADL-oppgavene. De oppsummerer at MMSE er et valid kartleggingsredskap, men at studien indikerer at boligområde, etnisitet, lav utdanning viser sammenheng med kognitive utfall på MMSE. Studien poengterer at disse faktorene må tas i betraktning når man tolker MMSE-resultatene, og videre testing bør utføres (Espino m.fl. 2001).

Baker m. fl. (2002) utførte en studie hvor de undersøker sammenhengen mellom MMSE-skår og health literacy, hvor 2787 personer deltok. Health literacy blir ofte oversatt til helserelatert leseferdighet og handler om ferdigheter som er viktige for å forstå og benytte helseinformasjon (Oslo Universitetssykehus 2014). For å undersøke sammenheng mellom MMSE og health literacy, benyttet de resultatene fra MMSE og resultatene fra S-TOFHLA. Sistnevnte er et verktøy som måler funksjonell health literacy, grad av leseferdighet og forståelsen av faktisk helserelatert materiell. Relasjonen mellom resultatet av MMSE og S-TOFHLA ble undersøkt med å dele inn informantene i 4 grupper basert på resultater fra MMSE. Et lineært spredningsdiagram ble laget ut fra ulike variabler som for eksempel demografi og sykdommer. Resultatet viste tydelig lineær sammenheng mellom prestasjon på MMSE og prestasjon på S-TOFHLA. Det viser at desto bedre resultat man yter på den ene testen, jo høyere sannsynlighet er det for at man skårer høyt på den andre. Tidligere undersøkelser viser at det er sterke relasjoner mellom prestasjon på MMSE og antall år med utdanning (Baker m. fl. 2002). Baker m.fl. (2002) tar i tillegg opp dette, og ser at det er høyere sammenheng mellom resultater fra MMSE og health literacy enn MMSE og antall år med utdanning. Det kan derfor være problematisk å anvende utdanning som en påvirkende faktor, og grunnlaget kan være fordi kvaliteten på utdanning kan variere i stor grad (Baker m. fl. 2002).

Forskningen til Brown m. fl. (2014) har nylig tatt for seg sammenheng mellom MMSE og funksjon i daglige aktiviteter i en kvantitativ undersøkelse. En tendens har vært at sammenhengen mellom MMSE-skår, og skår i tester med funksjonell utførelse, er liten (Brown m. fl. 2014). Brown m. fl. (2014) konkluderer i sin studie med at informantene ofte hadde liknende vansker som viste seg i kognitive tester og ADL. MMSE viste seg også å gjøre liten forskjell på informanter med flerkulturell bakgrunn og informanter uten flerkulturell bakgrunn. Brown m. fl. (2014) sier med dette at studien ikke fant forskjeller av betydning mellom MMSE og ADL-tester, og at de heller ikke er forbundet. Samtidig foreslår

studien ved mistanke om demensliknende symptomer å gjennomføre kognitive og funksjonelle tester for å avdekke kognitive ferdigheter i praksis. Dette understreker viktigheten av både kognitive kartleggingsmetoder og en funksjonell vurdering for å forstå individets bruk av kognitive ferdigheter i funksjonell utførelse. Det å sammenligne kognitive tester og adl-aktiviteter viser seg altså å være vanskelig, og man bør ha klart for seg hvilke begrensinger en slik sammenlikning har (Brown m. fl. 2014).

MMSE er inkludert i en undersøkelse som tar for seg forskjellige kognitive og funksjonelle kartleggingsmetoder, utført på 66 slagpasienter (Hajek m. fl. 1997). Målet var å forbedre kartleggingen av slagpasienter og hjelpe rehabiliteringen til å bli forutsigbar og best mulig for pasientene. Resultatene ble utarbeidet ved å analysere sammenhengene mellom de ulike kartleggingsmetodene som omhandlet aktivitetsbaserte, fysiske, nevrologiske og kognitive kartleggingsverktøy. Studien fant sammenhengen mellom aktivitetsbaserte og fysiske tester større, enn sammenhengen mellom aktivitetsbaserte og kognitive tester. Det sies i studien at kognitive funksjoner ofte er for komplekse til å kunne måles i en funksjonell skala med begrensede elementer. MMSE er en av redskapene som ikke bør brukes til å slå fast kognitiv funksjon hos en pasient. I studien advares det mot å bruke MMSE som et globalt kartleggingsverktøy alene, og det understrekes av kartlegging av kognitiv funksjon er en komplisert og sammensatt oppgave. Denne oppgaven bør kun utføres av erfarent helsepersonell. I undersøkelsen konkluderes det med at kognitiv kartlegging bør kombineres med aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder, og at kognitiv kartlegging er imperativt når pasienters selvstendighetsnivå skal utredes (Hajek m. fl. 1997).

3. Metode

Vi har benyttet “Det kvalitative forskningsintervju” (Kvale & Brinkmann 2015) som litteratur for metodebruk. Kvalitativ metode søker å gi beskrivende informasjon om et fenomen. Metoden inkluderer menneskers tanker, følelser og holdninger, og skal inkludere menneskelige aspekter og naturlige variasjon for å gi svar på problemstillingen. Dette er verdier som ikke kan måles i tall eller mengde, men ved å beskrive og tolke opplevelser. Vi vil være avhengig av å ta hensyn til individets subjektive opplevelse av møtet med virkeligheten (Olsson 2003).

Vår problemstilling tar for seg erfaringer ergoterapeuter har med å bruke kartleggingsverktøyet MMSE. Fordi vi ønsker å studere erfaringer vil kvalitativ metode være den beste å benytte, for å få tak i opplevelser og beskrivende informasjon. Videre har vi benyttet kvalitativ metode med fokusgruppeintervju. Vi har brukt elementer fra det fenomenologiske perspektivet for å svare på problemstillingen. Dette perspektivet er utbredt i kvalitativ forskning, og benytter informantenes opplevelser for å beskrive verden (Kvale & Brinkmann 2015). I vårt tilfelle er det informantenes forståelse av virkeligheten som forklarer fenomenet, og deres perspektiver kan forme vår forståelse. På denne måten er det fenomenologiske perspektivet forenlig med vårt forskningsspørsmål.

Ved å bruke både fokusgruppeintervju og systematiske litteratursøk, ønsker vi å styrke troverdigheten i våre funn. Dette hjelper oss å se fenomenet vi undersøker fra ulike vinkler, og vil kunne bidra til økt forståelse av forskningsspørsmålet.

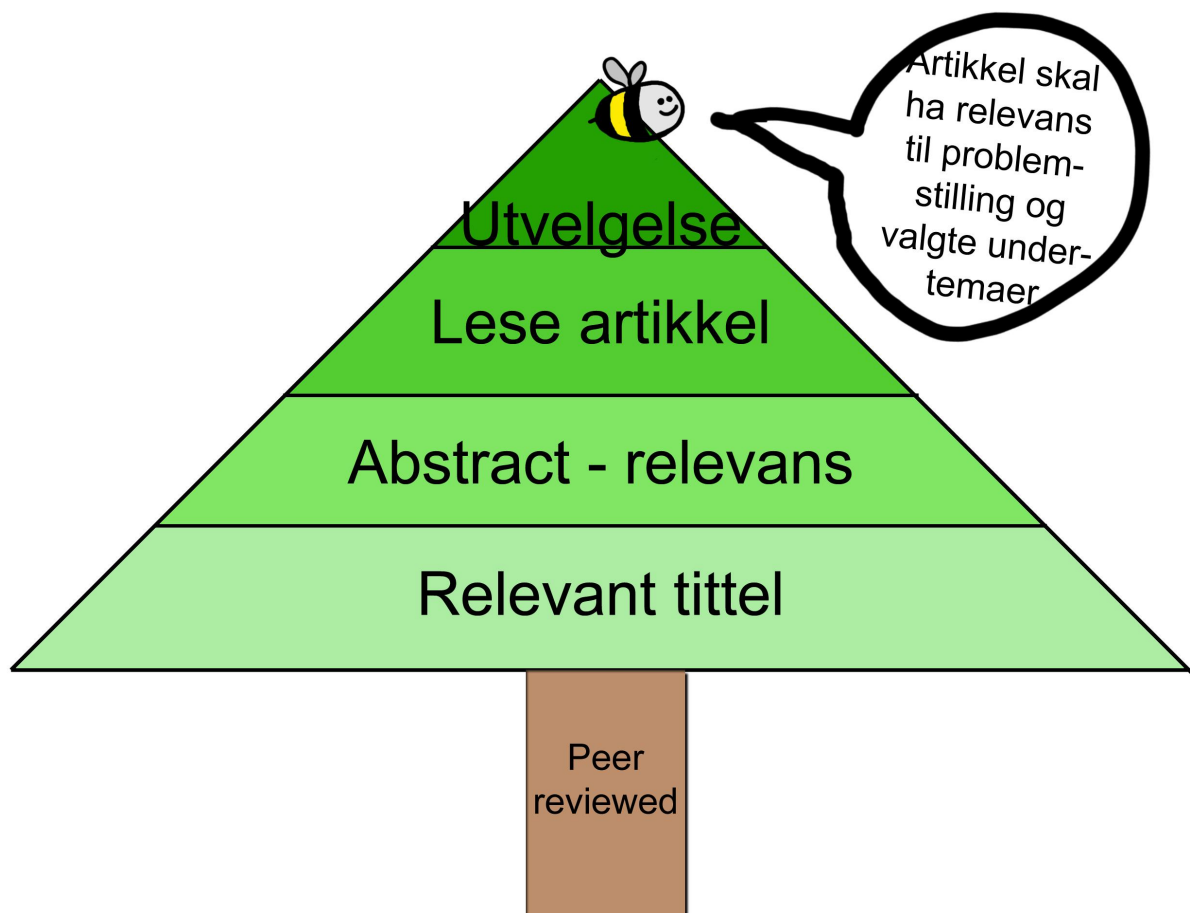
3.1 Datainnsamling

3.1.1 Litteratur

Vi har innhentet relevant teori fra databaser og gjort systematiske litteratursøk om kartleggingsverktøyet MMSE. Databasene vi i hovedsak har benyttet er Chinal, Google scholar, Oria, Wiley, men vi har også gjort søk i O.T seeker og MedLine. Vi har også bestilt artikler gjennom NTNU Gjøvik sitt bibliotek da de ikke hadde tilgang til alle de vi ønsket. For å få oversikt over forskningsspørsmål og finne gode søkeord, satte vi dette inn i et system kalt “pico” (Kunnskapsbasert praksis 2012). Hver bokstav i pico står for hvert sitt element. “P” står for pasientgruppe, og er i vår oppgave pasienter med kognitiv svikt. “I” står for tiltak for pasientgruppen og er i vår oppgave MMSE. “C” står for sammenligning, men blir i vår oppgave ikke relevant å benytte da vi ikke skal ha noen kontrollgruppe. Allikevel sammenligner vi resultatene fra intervjuet med det teoretiske rammeverket. “O” handler om hvilket endepunkt vi er interessert å vite noe om, og her har vi valgt å bruke ergoterapeutenes erfaringer (Kunnskapsbasert praksis 2012). For å holde orden på søk og litteratur opprettet vi en søkestrategi i et exceldokument. Her lagde vi en liste med alternative søkeord, og satte nummer på søkeordene etter hvert som vi benyttet dem, eller lagde nye. Vi har også laget et system med nummererte søk, hvilke søkeord som er benyttet, hvor mange treff det var og hvilke artikkelnummer vi eventuelt skrev ut. Vi har også i stor grad hentet artikler direkte fra

henvisninger gjennom andre artikler vi har lest. Dette gjorde vi for å undersøke artikkelens kilder og for å øke teorigrunnlaget. Da har vi søkt opp artikkeltittel på oria eller google scholar. For å holde orden på de utskrevne artiklene, har vi skrevet opp søkehistorikk på baksiden slik at vi vet hvor de er hentet fra. Artiklene har vært organisert i en perm under ulike kategorier. Vedlegg 8.1, viser søkestrategien vi benyttet i en tabell. De 3 siste kolonnene er søkehistorikk fra Cinahl, da det var denne vi brukte absolutt mest. Vi hadde egne tabeller for de ulike databasene, men brukte samme søkeord.

Vi satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for valg av artikler. Vi har benyttet oss av 14 artikler, og har valgt å ikke presentere disse hver for seg. Artiklene vi valgte ut måtte være fagfellevurdert (peer reviewed), for å øke andelen troverdige kilder i søkene. Det viktigste inklusjonskriteriet var at artiklene skulle omhandle, eller være relaterte til MMSE. I tillegg til MMSE, måtte artiklene inneholde punkter som vi lagde ut fra PICO, og undertemaer for å rette søkene våre mot forskningsspørsmålet. Ved relevant tittel, gikk vi videre og leste sammendrag av artikkelen for å se om vi fant aktuelle punkter for vårt forskningsspørsmål. Hvis de fortsatt var relevante, skrev vi de ut og leste grundig igjennom dem før de ble vurdert til å brukes i oppgaven. Ved analyseringen av artiklene benyttet vi markeringstusj for å trekke ut viktige budskap og funn som omhandlet våre temaer. Artiklene vi valgte å bruke i oppgaven skulle inneholde aktuell informasjon mot problemstilling eller de valgte undertemaene bygget fra problemstilling. Vi tilpasset søkene for å finne aktuell teori til de ulike temaene fra resultatene av intervjuet, for å kunne se disse fra flere sider.



Figur 1: Pyramide som viser utvelgelsesprosessen.

Vi vurderte artiklenes kvalitet og validitet fortløpende. Et viktig spørsmål var om resultatene til studiene var til å stole på. Metodene i artiklene presenterte hvordan resultatene var utarbeidet, og dette var med på å vurdere om vi valgte å bruke dem. Faktorer vi undersøkte var om problemstilling var klart formulert og besvart, studiens litteraturutvalg, antall deltakere i studien, år for utgivelse, hvor studien kom fra, interessekonflikter og hvilket tidsskrift den var publisert i. Vi ekskluderte flere artikler på ulikt grunnlag, for eksempel ble vi oppmerksomme på interessekonflikt, lite utvalg av datainnsamling, gamle studier og om studiene kunne relatere seg til vårt tema. Vi brukte til sammen 19 søkeord under søkene i de forskjellige databasene. Vi fant ikke brukbare artikler under alle disse søkene, som ble gjort med søkeord i forskjellige kombinasjoner. Etterhvert oppdaget vi at de samme artiklene dukket opp, noe som var en indikasjon på at søkene innenfor temaet snart kunne opphøre. Vi avsluttet litteratursøk 11.04.16.

Tidlig i planleggingsfasen søkte vi etter litteratur for å få mer kunnskap om MMSE. Da ble vi oppmerksomme på interessante temaer, som vi benyttet til å utvikle undertemaer fra problemstillingen. Disse hjalp oss i prosessen med å utvikle intervjuguide.

3.1.2 Intervju

Den andre metoden for datainnsamlingen bestod av materiale fra intervjuet. For å få svar på problemstillingen, valgte vi å utføre et kvalitativt intervju. Ut fra problemstilling og undertemaer utarbeidet vi en intervjuguide. Fordi vi ønsket en åpen samtale og diskusjoner, laget vi en semistrukturert intervjuguide. Dette er hverken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema. Guiden inneholdt temaer og underpunkter med forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann 2015). Intervjuet foregikk som en samtale mellom oss og informantene, hvor vi styrte samtalen innenfor valgte temaer. Denne formen bidro til å skape diskusjoner, gode refleksjoner og fikk frem tanker og meninger som var viktige for å få svar på problemstillingen vår (Olsson 2003).

Intervjuet ble tatt opp på båndopptaker og transkribert for å kunne brukes i analyse. Mer om analyseringen av intervjuet under punkt 3.3. Båndopptaket ble bare lagret på to eksterne harddisker for å beskytte informantene og opprettholde full anonymitet. All annen informasjon og datamateriale ble lagret på to eksterne harddisker og to dataer. Informantene og deres arbeidsplass har blitt anonymisert i alle skrevne dokumenter, og alt materiale vil bli slettet i løpet av juni 2016.

3.2 Utvalg av informanter

For å svare på problemstillingen må vi innhente erfaringene fra ergoterapeuter. Vi sendte derfor en invitasjon med informasjonsskriv til ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Informasjonsskrivet inneholdt bakgrunn for undersøkelsen, hva deltakelse i intervjuet innebærer og problemstilling. Vi ønsket å få 2 intervjuer hvor ergoterapeutene jobbet i ulike praksis, for å undersøke ulike erfaringer. Vi ønsket at det ene skulle ha informanter fra sykehus, og det andre fra rehabiliteringsinstitusjon. Vi mottok bare et ja fra rehabiliteringsinstitusjonen, og måtte derfor finne en annen løsning. Vi sendte deretter informasjonsskrivet til et annet sykehus, for å kunne undersøke ulike erfaringer mellom sykehusene. Etter purring måtte det ene sykehuset takke nei av ulike årsaker, mens det andre sykehuset takket umiddelbart ja. Vi besluttet derfor å ha et semi-strukturert intervju med 4

ergoterapeuter som jobbet på samme sykehus. Vi valgte å intervju disse fordi vi er interessert i å forstå deres perspektiv, de har spesielt god kompetanse og erfaring med å benytte MMSE. Dette vil gi undersøkelsen troverdighet og relevans til praksis. Dette intervjuet var et semi-strukturert fokusgruppeintervju, hvor vi ønsket å skape diskusjoner for å virkelig forstå fenomenet. Gjennomføringen av intervjuet fant sted på deres arbeidsplass, slik at det ikke ble nødvendig for dem å avsette mye tid til reising. Vi bad informantene om å finne et passende rom hvor det var god akustikk, dette var for å sikre god kvalitet på båndopptaket.

3.3 Analyse

Intervjuet vi gjennomførte ble tatt opp med båndopptaker og transkribert ordrett. Transkriberingen omdannet diskusjoner, fortellinger og menneskelige meningsytringer til skreven tekst. Dette er ikke en fullstendig gjengivelse av intervjuet med kroppsbevegelser, ansiktsuttrykk og gester. Samtidig gir transkriberingen oss mulighet til å kategorisere meningsbærende deler av intervjuet i etterkant. Denne empirien ga oss grunnlag til å kunne besvare problemstillingen og som var avhengig av diskusjon og analyse for å gi innsikt i fenomenet (Olsson 2003).

Selve intervjuteksten inneholdt lange og ustrukturerte setninger med muntlig språk. For å bruke innholdet i intervjuet var vi avhengige av å finne meningsbærende deler, og konsentrere disse i koder og temaer. En vanlig analysemetode med kvalitativ metode er innholdsanalyse. Dette innebar å kategorisere uttalelser fra intervjuet slik at vi kunne finne frem til dem senere. Dette ga en oversikt over tekstmaterialet som gjorde identifiseringen av uttalelsene systematiske og bedre å jobbe med. Kategoriseringen over den store mengden tekst hjalp oss med å finne aktuelle temaer som vi undersøkte. Målet med dette var å identifisere den empirien vi valgte å studere, og funn av nye data innen området (Kvale & Brinkmann 2015).

Første steget i analyseringen var å transkribere opptaket av intervjuet. Vi valgte å starte med dette sammen for å samordne metoden, deretter fortsatte vi hver for oss. Vi valgte å transkribere alt, til og med ikke-språklige menneskelyder. Når ny informant snakket, ved avbrytelser, eller ved uttrykk for enighet, for eksempel “mm”, lagde vi nytt linjeskift. På grunn av praksis midt i denne perioden, og lite muligheter for å møtes, valgte vi å fortsette

hver for oss. Word ble benyttet som tekstbehandlingsprogram. Vi hadde god kommunikasjon og vekslet word-dokumentet mellom oss. Etter at transkriberingen ble fullført, hørte vi gjennom opptaket og leste gjennom den transkriberte teksten samtidig. Dette var for å sikre at den skrevne teksten samsvarte med opptaket. Deretter skrev vi ut den transkriberte teksten, og startet grovt med å analysere den for hånd. I denne fasen ble den første kodingen gjort, og vi benyttet farger for å kode ulike temaer.

Vi satt også sammen da vi startet å arbeide med analysen. Da ble vi enige om fremgangsmåten for å innsnevre teksten, og hvordan trekke ut meningsbærende enheter. For å systematisere innsnevring av transkriberingen, satte vi råteksten i en kolonne nedover i excel. Neste kolonne bestod av kondensert meningsenhet, hvor vi fjernet unødvendige fyllord. Deretter er det en kolonne som inneholder kategori, hvor vi ytterligere har innsnevret meningsenheten i teksten. Den fjerde kolonnen består av koder, hvor meningen skal være så kort og presis som mulig, uten at den mister mening. Den femte kolonnen skal inneholde tema, og denne fylte vi ut etter at kodingen av hele transkriberingen var ferdig.

Under ligger et eksempel på analysering av transkriberingen fra råtekst til koder og tema.

Råtekst	Kondensert meningsenhet	Kategori	Kode	Tema
4: Det varierer, noen så kan dem ha nesten en perfekt mms score også har dem et eller annet som kommer frem på aktiviteten. Mens andre er veldig flinke i aktiviteten og vansker på mmsn. (pause) Men, hvertfall konsentrasjonen, og det å holde tempo og sånne ting synes jeg samsvarer veldig bra. Sånn. ja	Det varierer, noen kan ha nesten perfekt mms score også har dem et eller annet som kommer frem på aktiviteten. Mens andre er veldig flinke i aktiviteten og vansker på mmsn. (pause) Men, konsentrasjonen, og det å holde tempo og sånne ting synes jeg samsvarer veldig bra.	Sammenheng mellom score og adl-ferdighet varierer veldig, konsentrasjon og tempo samsvarer med MMSE og aktivitet	Sammenheng mellom score og adl-ferdighet varierer veldig, konsentrasjon og tempo samsvarer	Sammenheng mellom MMSE-resultat og ADL-funksjon

For å finne temaer, kopierte vi den fjerde kolonnen med kodene og satte de inn bokser i et nytt excel-dokument. Dette skrev vi ut, og satte farger på koder som representerte tema. Til slutt hadde vi 6 temaer, og disse satte vi i et nytt word-dokument. Temaene brukte vi som overskrift, med tilhørende koder under. Dette gjorde vi for å få oversikt og samle analysene før vi skrev resultatet bestående av sammenhengende tekst. Samtidig som vi skrev resultatet holdt vi oversikt med hvilke temaer og koder vi hadde brukt ved å markere de i word-dokumentet.

4. Resultat

Resultatet i vår studie er skrevet fra fokusgruppeintervjuet med ergoterapeuter som jobber på sykehus. Teksten inneholder bare ergoterapeutenes erfaringer om MMSE. Ergoterapeutene vi intervjuet hadde ulikt erfaringsgrunnlag innenfor sykehuspraksis. Analysen av våre data resulterte i seks overordnede temaer;

- Bruksområde og fordeler ved MMSE
- Begrensninger ved bruk av MMSE
- Fysiske funksjonsnedsettelse kan påvirke MMSE-resultat
- Forståelse og benyttelse av MMSE-skår
- Sammenheng mellom MMSE-resultat og ADL-funksjon
- Mulige belastninger for pasienter

Bruksområde og fordeler ved MMSE

Ergoterapeutene forteller at de ikke benytter seg av en standard testpakke hvor alle pasienter skal gjennom de samme testene. De vurderer hva som kan være mest hensiktsmessig til hver enkelt pasient. Dette påvirkes av pasientens hverdagslige aktiviteter, funksjon og det helhetlige bildet. De benytter MMSE som kartleggingsmetode hvis det er tegn på kognitive vansker. Ved sykehuset brukes det på mange forskjellige pasientgrupper, men hovedsaklig hos eldre hvor det er spørsmål om kognitiv svikt. *“Ja det er jo et screening-verktøy da, som vi bruker for å avdekke kognitiv svikt hos de, det er vel de litt eldre pasientene.”* (Ergoterapeut nr. 4, 6 måneders sykehus erfaring). Verktøyet brukes på inneliggende pasienter med hjerneslag, ved fall og pasienter med nedsatt allmenntilstand. MMSE benyttes også på geriatrisk poliklinikk ved tidlig demens. I tillegg benyttes det ved kreft-, lunge-, og hjertepasienter hvis lege er usikker på kognitiv funksjon. Legen benytter MMSE-skår til

videre henvisning i forhold til kognitiv funksjon og videre hjelpebehov, og hvor det er spørsmål om kortidsplass, hjem til egen bolig, innsatsteam eller rehabilitering. Ergoterapeutene tar i bruk MMSE nesten hver dag, men bruken blir påvirket av arbeidsmengde og pasientgrupper. De legger til at de går mer over til å benytte seg av et lignende verktøy som kalles MoCA (Nasreddine m.fl. 2005), og bruker denne på litt yngre og friskere pasienter.

Ergoterapeutene forteller om flere gode egenskaper og fordeler med MMSE. De beskriver den som brukervennlig og enkel å administrere. Den har en manual man kan sette seg inn i, samt et forklarende testark som forteller hva testleder skal si og gjøre. Skjemaet består av overskrifter som forteller om spørsmålene og hva MMSE skal kunne utrede. For å se hvor begrensningene er, ser de på de ulike områdene og deloppgavene skjemaet har. *“Så ut ifra overskriftene så kan man jo egentlig tolke resultatet litt og, for overskrifta sier noe om hva man har kartlagt.”* (Ergoterapeut nr. 2, 1 års sykehuserfaring). Ergoterapeutene forteller at alle de samarbeider med har et forhold til MMSE, og det er en fordel at de vet hva testen handler om. Verktøyet er kjent for mange, og det er godt dokumentert innenfor forskning. Retesting er en egenskap som ergoterapeutene synes er bra med MMSE. På denne måten kan de dra nytte av sammenligning fra tidligere testing, videre testing i kommunen eller på geriatrisk poliklinikk. Ved utførelse av MMSE dokumenterer de administrasjonsnummer, slik at noen oppgaver endres ved neste testing.

Begrensninger ved bruk av MMSE

Ergoterapeutene snakker om ulike faktorer man skal ta hensyn til og ta med i betraktning ved utførelse av MMSE. Det kommer frem at MMSE er screening og brukes ikke alene. Den er ofte en del av en større utredning bestående av samtale, aktivitetsobservasjon og klokketest. De mener at MMSE fort kan bli for enkel til å utrede alle typer kognitive vansker, og at noen kan gjennomføre testen uten problemer, selv om pasientopplysninger tydelig indikerer kognitiv svikt. MMSE kan ikke brukes som fasit, og gir kun en indikasjon på pasientens kognitive funksjon. Ofte blir MMSE benyttet som et startpunkt, hvor de kan gå videre med andre kartleggingsmetoder ved behov. Ved funn av kognitive utfordringer blir ofte pasient henvist videre.

Resultatet av MMSE sier noe om pasientens funksjon kun idet testen blir gjennomført, ifølge ergoterapeutene. *“Det er ikke noe fasit (...) det gjelder veldig akkurat der og da (...) og de*

resultatene kan jo være veldig situasjonsbetinget” (Ergoterapeut nr. 1, 9 års sykehuserfaring). Med pasienter som er testet i en akutt fase er utfallet av testen derfor bare representativ for deres daværende tilstand. Funksjonen kan endre seg når de kommer hjem til sitt vante miljø, og ting blir mer stabilt. De nevner mange faktorer som kan påvirke gjennomføringen og resultatet både psykisk og fysisk. Dette kan være stress, nervøsitet, sykdom, søvn, mat og infeksjoner som for eksempel urinveisinfeksjon. Pasienter med høy utdanning kan få en høyere skår på MMSE enn det de mestrer praktisk. Annen kulturell bakgrunn er også en faktor som kan påvirke resultatet. Ergoterapeutene forteller om hendelser hvor de har tatt i bruk engelsk versjon av MMSE, men de har også benyttet tolk på utenlandske pasienter. De har diskutert hvor heldig det er å bruke forskjellige tolker eller pårørende, og de streber etter å benytte nøytral tolk.

Ergoterapeutene nevner hvor betydningsfullt det er å utføre MMSE på riktig tidspunkt. Det er viktig å ikke teste for tidlig i forløpet, da dette kan gi dårligere resultat på testen.

“Vurdere hva som (...) er normaltilstanden til pasienten, og prøve å teste på et, ja, på en tid eller på et sted i prosessen da som er tilnærmet lik så langt man kommer normaltilstanden til pasienten. (...) hvis ikke så vil man jo få et resultat som, ja, kan være veldig feil da.”

(Ergoterapeut nr. 2, 1 års sykehuserfaring).

Hvor pasienten blir testet kan påvirke testens utfall. Derfor skal det være et testnøytralt rom. Ergoterapeutene forteller om hvordan pasienter kan bli stedsforvirret når de er innlagt på sykehus. På sykehus med mange etasjer kan dette gi usikkerhet uavhengig av kognitiv funksjon, ved spørsmål om etasje på MMSE.

MMSE finnes lett tilgjengelig på internett. Hjelpsomme pårørende kan dermed gi sine nærmeste ekstra hjelp med retesting, noe ergoterapeutene mener er en bjørnetjeneste. De forteller om pasienter som har kommet tilbake etter de har øvd på noen av deloppgavene. Pasientene har fått tilbakemelding på hva de ikke mestret, og har øvd på dette.

Ergoterapeutene gjennomfører allikevel retest, og mener det fortsatt vil være vanskelig for pasienter med kognitiv svikt å klare det. Gjør de det bedre, kan det tyde på at pasient har innlæringssevne.

“Så er det en som fortalte meg at han var på dagsenter (...) og der hadde de en som hadde vært hos fastlegen, førerkortvurdering, fornyelse. Det hadde ikke gått så bra da, men da hadde han jo hatt med seg denne figuren da, på mmsen, og da hadde dem sittet å tegnet den.” (Ergoterapeut nr. 1, 9 års sykehuserfaring).

Fysiske funksjonsnedsettelse kan påvirke MMSE-resultat

Pasienter med fysiske funksjonsnedsettelse er en gruppe ergoterapeutene stadig er i kontakt med. Mange av pasientene de utfører MMSE på har nedsatt syn. Da kan de få problemer med gjennomføringen av flere deloppgaver. En løsning kan være å fysisk kjenne gjenstander i hånden, men figurkopiering vil allikevel være vanskelig å utføre. Ergoterapeutene bruker geriatrisk leseprøve på pasienter for å kartlegge synsfunksjon og eventuell påvirkning. Ved nedsatt hørsel kan pasientene ha utfordringer med å høre og forstå spørsmål og oppgaver. MMSE stiller krav til språklige ferdigheter. Ved språkvansker mener ergoterapeutene at MMSE ikke er gjennomførbart, og velger en annen kartleggingsmetode. Pasienter med fysiske funksjonsnedsettelse kan synes at de praktiske oppgavene blir for vanskelige, og kan velge å hoppe over dem. Dette kan være pasienter som ikke klarer å skrive på grunn av nedsatt håndfunksjon. Hvis deloppgaver ikke kan gjennomføres skal dette noteres i journalnotat, med beskrivelse av den fysiske begrensningen. I tilfellene der noen av deloppgavene ikke blir gjennomført, kan deloppgavene som gjennomføres fortsatt brukes til å kartlegge kognitiv funksjon.

“Enkelte ganger så har jeg, eller, vi eller jeg hvertfall løst det rett og slett med å ikke gjennomføre hele testen, kun gjennomføre de delene som er gjennomførbare. (...) så det blir jo ikke noe reell skår sånn sett, men det kan jo likevel gi en liten pekepinn på hvordan det står til med de kognitive funksjona da.” (Ergoterapeut nr. 2, 1 års sykehuserfaring).

De forteller at de har diskutert hvordan de skal skåre ved slike tilfeller. Enten kan de skrive det på normal måte med en forklaring av de fysiske begrensningene, eller så kan de redusere sluttskåren med antall poeng som tilsvarer de praktiske deloppgavene som falt bort. De mener det viktigste er å få frem at pasienten kanskje har fått en dårligere skår på grunn av fysiske begrensninger. De nevner også at de praktiske deloppgave kan ha en evne til å avdekke fysiske funksjonsnedsettelse som pasient ikke visste om på forhånd.

Forståelse og benyttelse av MMSE-skår

Ergoterapeutene forteller at de ikke er så opptatt av sluttskår av MMSE, men helheten. De mener at de bryr seg mindre om den sammenlignet med andre yrkesgrupper, som kanskje tolker den på en annen måte. Men de legger til at tankegangen kan være forskjellig fra person til person.

“Jeg tenker at sykepleiere og leger spesielt, er vant til å se mye på sånn blodprøver og blodtrykk og sånne verdier da, også at det kanskje er lett å bare fortsette med den tankegangen inn i den kognitive testingen.” (Ergoterapeut nr. 4, 6 måneders sykehuserfaring)

Grunnen til at de ikke er så opptatte av sluttskåren, er fordi de mener den ikke sier noe om hva utfordringen er. Mens en full ergoterapivurdering kan si mye mer om dette enn sluttskåren alene. *“Selve tallet (sluttskår) sier jo ingenting akkurat om hva utfordringen er.”* (Ergoterapeut nr. 1, 9 års sykehuserfaring). De mener at noen av deloppgavene er viktigere enn andre, og at det er forskjell på å miste poeng på deloppgaver som omhandler hukommelse enn de som går på visuokonstruktive evner. En person som oppnår 25/30 kan fungere mye bedre i dagliglivet enn en annen som oppnår 25/30. De har observert at andre yrkesgrupper skriver ned sluttskår, men ikke full beskrivelse av deloppgavene. Det hender også at andre yrkesgrupper kun spør hvor mye pasienten skårer. *“Legene hører scoren (...) da er fasiten der. (ler)”* (Ergoterapeut nr. 2, 1 års sykehuserfaring). For å få et større fokus på hvordan pasienten utfører de ulike deloppgavene videreformidler ergoterapeutene først disse til samarbeidende yrkesgrupper. Deretter kan de fortelle om sluttskår. Allikevel legger de til at noen har blitt flinkere til å ta med full ergoterapivurdering.

Sammenheng mellom MMSE-resultat og ADL-funksjon

Ergoterapeutene opplever at sammenhengen mellom MMSE-sluttskår og adl-ferdigheter kan variere veldig. De mener det er et så stort sprik mellom MMSE-resultatet og funksjon i aktivitet, at det ene resultatet forteller lite om det andre. Deloppgaver i MMSE som ofte sees igjen i aktivitet, kan være konsentrasjon og figurkopiering. Sistnevnte kan observeres ved rom og retningsproblematikk. Under MMSE og aktivitetsobservasjon kan man observere at pasient har vansker på forskjellige områder, eller vansker med det samme. På denne måten mener de at MMSE og aktivitetsobservasjon supplerer hverandre. Dette er også en av årsakene til at ergoterapeutene ikke benytter sluttskår slavisk, fordi det ikke alltid er sammenheng mellom sluttskår og det de observerer i aktivitet. De oppfatter at pasientens

kognitive utfordringer kan lettere vises under observasjon i aktivitet, for eksempel planlegging og organisering.

“Jeg tenker at, hvis man tar en adl-aktivitet, så synes jeg ofte at det, i forhold til tempo, så synes jeg en adl-aktivitet sier mye mer om da. Eh, noen kan jo ha et så redusert tempo at aktiviteten nesten ikke lar seg gjennomføre. Men kan likevel svare greit for seg på spørsmål” (Ergoterapeut nr. 2, 1 års sykehuserfaring).

Ergoterapeutene forteller at hvor lenge sluttskåren gjelder, avhenger av hvilken problematikk pasienten har, og hvorfor testen ble tatt. Pasient med mistanke om demens vil skåre dårligere etter noen måneder, mens en slagpasient vil skåre dårlig i en akutfase og deretter bli bedre. Den siste skåren i journalsystemet gjelder til pasient blir retestet, og de har bare den å forholde seg til. I tilfeller der pasientens situasjon raskt har forbedret seg, anbefaler ergoterapeutene ny kognitiv vurdering. Dette kan gjøres i kommunen, rehabiliteringsinstitusjoner eller at de kommer tilbake til geriatrisk poliklinikk. De er enige om at det vil være kjedelig for pasienten å dra med seg en dårlig skår videre. Ved infeksjoner velger de ofte å ikke gjennomføre MMSE for å unngå en ikke-representativ skår. *“Ofte derfor noen ganger (...) at vi ikke alltid tester dem når dem er innlagt, men at dem kan komme tilbake på geriatrisk poliklinikk når andre ting har roet seg.”* (Ergoterapeut nr. 3, 13 års sykehuserfaring)

Mulige belastninger for pasienter

Ved administrasjon av MMSE forteller ergoterapeutene at pasientene kan oppleve å bli stresset, og at dette er en faktor som er vanskelig å bedømme. Spesielt under førerkortvurderinger kan pasientene være nervøse, som kan være utløst av testsituasjonen. Pasienter kan spørre om de er tilbake på skolebenken og skal ta eksamen, og kan bli stresset av dette. Mange pasienter kan bli ganske opprørte av å ikke klare noe som de har mestret før. Ergoterapeutene forteller at en regnskapsfører ikke klarte regneoppgaven og ble svært preget av det. Det vil være en påkjenning om du ikke mestrer noe du har klart før. Pasienter med god innsikt som ikke mestrer oppgaver kan få dårlig selvtillit og føle seg dumme. Andre kan bli lei seg eller sinte, og vil ikke fullføre. Utførelsen kan gå mer inn på pasientene enn man tror. Ergoterapeutene ønsker ikke å fortelle sluttskår til pasientene, men kan forklare hva som ikke gikk så bra på deloppgavene. *“Det er jo noe å sette tall på faktisk funksjonen til en pasient,*

og om du scorer 2 av 3. (...) det er liksom fæl ting å sette tall på” (Ergoterapeut nr. 1, 9 års sykehuserfaring).

Ergoterapeutene er bevisste på alle disse faktorene som kan begrense pasientenes resultat på MMSE. De er klare på at verktøyet er screening, og skal ikke brukes alene i en kognitiv vurdering. Sammen med samtale er aktivitetsobservasjon noe de anser som svært viktige elementer i kartleggingen. *“Vi må jo bare si vi er alle en gang ergoterapeuter, så vi må slå et slag for aktivitet!”* (Ergoterapeut nr. 3, 13 års sykehuserfaring).

4.1 Observasjon under intervjuet

Intervjuet foregikk i et møterom på ergoterapeutenes arbeidsplass. Det var god akustikk og få forstyrrende elementer som bidro til god kvalitet på opptaket. Selv om det var litt ulik fordeling på deltakelsen i samtalene, var det ikke unormal fordeling mellom informantene. Det var rolig stemning under hele intervjuet. Starten ble kanskje preget av en litt uvant og ukomfortabel situasjon, da det tok litt tid før de begynte å svare. Vi kunne observere at de ble tryggere i intervjusituasjonen da samtalene ble fyldigere, de bidro med flere historier og tok ordet raskere. Informantene hadde et avslappet kroppsspråk, og det kunne observeres at de var tenkende, og til tider så på hverandre for å få en bekreftelse. Det var gode samtaler mellom informantene, men ingen spesiell diskusjon hvor de var uenige. De var generelt enige hele tiden, noe som i stedet skapte en samtale dem i mellom hvor de underbygget hverandre med enighet og historier. Dette viste de med å repetere hverandre, fortsette på hverandres utsagn, og de uttrykte enighet gjennom hele intervjuet.

5. Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Ergoterapeutene forteller om flere gode egenskaper ved MMSE. Redskapet blir regelmessig brukt til å utrede demens, og har gode egenskaper ved retesting. Lin m. fl. (2013) kan legge til at MMSE er i gruppen av redskaper med en tilstrekkelig evne til å kartlegge pasienter med demens. Ergoterapeutenes erfaringer med MMSE i tidlig demensfase, og videre retesting, er at redskapet kan vise en progredierende kognitiv funksjonssvikt hos pasienten. Det blir også

nevnt av ergoterapeutene at MMSE er enkel å administrere og er fin å bruke på sykehus hvor de har kort tid med pasientene. Folstein m. fl. (1975) forteller at MMSE er tilgjengelig for mange ved å være enkel i bruk, og kan gjennomføres i tidkrevende situasjoner ved at den tar omkring 10 minutter. For pasienter som fungerer best i en kort periode, vil dette være et gunstig redskap å benytte. Det store flertallet av forskningsartiklene vi har studert og basert teorien på, presenterer MMSE som mest brukte verktøy for av kognitiv funksjon (Baker 2002, Folstein m.fl. 1975, Lin m. fl. 2013, Pangman 2000, Spencer m.fl. 2013, Van Heugten m.fl. 2014). Informantene vi intervjuet fortalte at MMSE var det redskapet de benyttet mest, nesten daglig. Det teoretiske rammeverket og våre funn tyder på at MMSE blir omtalt som det mest brukte verktøy for screening av kognitiv funksjon. MMSE har mange fordeler som sammen kan bidra til at den blir benyttet i så stor grad. Dette er at den er godt kjent, mye forsket på, tar kort tid, er enkel å administrere og egner seg til retesting.

Ergoterapeutene fortalte også at de benytter seg i økende grad av et lignende verktøy kalt MoCA, og mener denne er mer sensitiv for lettere kognitive vansker. Dette kan tyde på at ergoterapeutene mener at MMSE i noen tilfeller kan oppdage kognitiv svikt i for liten grad. Ergoterapeutene er klare på at valg av kognitiv kartleggingsmetode gjøres ved en helhetlig vurdering. Derfor benyttes ikke alltid MMSE som kartleggingsmetode. Toglia m. fl. (2011) studerte MMSE og MoCA ved bruk på slagpasienter i akutt fase og ser på sammenhengen til funksjonell utførelse. Studien konkluderer med at MoCA er mer sensitiv for mild kognitiv svikt, og anbefaler å benytte denne fremfor MMSE på denne pasientgruppen (Toglia m. fl. 2011). Review-studien utført av Van Heugten m. fl. (2014) konkluderer med at MMSE har for lav validitet ved bruk på slagpasienter, og burde ikke brukes på denne pasientgruppen. Videre anbefaler de å benytte MoCA til samme formål og pasientgruppe, fordi denne oppnår høyest validitet og innfridde flest kriterier av de 16 studerte kognitive screening-instrumentene. Selv om ergoterapeutene forteller at de benytter MMSE på slagpasienter, har de gått mer over til å benytte MoCA, og spesielt på de yngre og friskere pasientene. Både studien og ergoterapeutene nevner pasienter som kan gjennomføre MMSE med bra resultat, selv med en kognitiv svikt. Dette kan resultere i at pasient ikke får tilbud om rehabilitering, som den kanskje hadde behov for. Studiene utført av Toglia m. fl. (2011) og Van Heugten m. fl. (2014) støtter ergoterapeutenes praksis ved benyttelse av MoCA som kartleggingsmetode på slagpasienter i akutt fase.

Et gjennomgående tema under intervjuet bestod av faktorer som kan begrense utførelse og påvirke MMSE-resultatet. Van Heugten m. fl. (2014) forteller at MMSE er utviklet for, og benyttet mye på eldre pasienter. Studien viser til høy validitet ved bruk på eldre pasienter. Ergoterapeutene nevner at høy alder kan påvirke MMSE-skåren. Dette nevnes også i vårt teoretiske rammeverk. Strobel og Engedal (2008) støtter at høy alder kan predikere lavere skår. Videre er det beskrevet at svært gamle mennesker som skårer lavt på MMSE kan være forenlig med normal kognitiv funksjon. I review-artikkelen til Tombaugh og McIntyre (1992) legges det frem at alder er en faktor man må ta hensyn til ved bruk av MMSE, og at skåren vil kunne påvirkes av alder. Dellasega og Morris (1993) forteller at eldre mennesker ofte har et sammensatt sykdomsbilde. Dette kan gjøre at denne gruppen blir feilaktig kartlagt som kognitiv svekket på grunnlag av generell alderssvækkelse. De forskjellige studiene og ergoterapeutenes erfaringer viser at alder er en sammensatt problemstilling, som kan gjøre den kognitive vurderingen vanskelig. Dette viser hvor viktig det er å se på helheten, og ikke se på resultatet isolert. Å ta hensyn til høy alder i sluttskåren, kan øke validiteten til resultatene for denne pasientgruppen.

Ulik kulturell bakgrunn er en faktor som både manualen og ergoterapeutene i intervjuet nevner som et påvirkende element. I en studie utført av Espino m. fl. (2001) konkluderes det med at kulturell bakgrunn er noe ergoterapeutene må ta hensyn til. Studien viser at kulturell bakgrunn kan predikere lavere MMSE-skår. At kulturell bakgrunn er en påvirkende faktor støttes også i en review-artikkel utført av Tombaugh & McIntyre (1992). Kafonek m. fl. (1989) regner også kulturell bakgrunn som en signifikant påvirkende faktor. Det diskuteres at kulturell bakgrunn kan påvirke på grunnlag av høyere forekomst av lavere utdanning, lavere sosioøkonomisk status og språklige problemstillinger. Et annet element kan være forskjeller innenfor normer, religion og livssyn. MMSE er et redskap laget med et vestlig perspektiv av amerikanske forfattere (Folstein 1975). Derfor måler MMSE kognitive funksjoner ut fra vestlige normer og etter hvilke kognitive ferdigheter vi benytter i det daglige. For eksempel vil en person som bruker en annen enn vestlig kalender svare feil under tidsorienteringen uten å ha kognitive vansker. Pasienter med annen kulturell bakgrunn har ofte et annet morsmål enn det MMSE utføres på. Da er det anbefalt å benytte seg av tolk (Strobel & Engedal 2008). Ergoterapeutene forteller at bruk av tolk kan by på utfordringer. De mener det er uheldig å benytte seg av familie og pårørende, og prøver å benytte seg av en nøytral tolk. Utfordringene med å benytte tolk, kan være at reliabiliteten til MMSE svekkes. MMSE har en nokså streng struktur med tanke på informasjon og spørsmål som blir gitt av testleder (Strobel & Engedal

2008). En tolk kan gi for mye eller lite informasjon, som kan gi et feilaktig resultat av den kognitive kartleggingen.

Ergoterapeutene har erfart at høy utdanning kan gi høy skår på MMSE, men at samme pasient ikke trenger å klarer seg like godt i en aktivitet. Manualen som tilhører MMSE forteller også under instruksjoner at høy utdanning ofte gir bedre skår (Strobel & Engedal 2008). Forskning utarbeidet av Espino m. fl. (2001) viser tydelig sammenheng mellom MMSE-resultat og antall år med utdanning. Lav utdanning predikerte lavere MMSE-skår, mens høy utdanning predikerte høy MMSE-skår. Dette støttes også i artikkelen til Tombaugh og McIntyre (1992). Selv om MMSE-instruksjonen nevner utdanning som en påvirkende faktor på resultatet, legges ikke dette mer vekt på i skjemaet. Dette gjør at testleder må bli bevisst på utdanningsnivået til pasienten på eget initiativ. Ergoterapeutenes erfaringer på sykehus tilsier at forskjeller i utdanningsnivå kan gjøre generaliseringen fra MMSE-skår til aktivitet upresis og vanskelig å forutse. Skåringssystemet til MMSE gir heller ingen muligheter for tilpassing om pasienten har lav eller høy utdanning. Dette er med på å bekrefte at MMSE er et redskap som sjeldent bør brukes alene til å gi en fullstendig kartlegging. Ergoterapeutene forteller at de benytter seg mye av et kognitiv verktøy som er svært likt MMSE, Montreal Cognitive Assessment. Dette verktøyet tar hensyn til utdanning, hvor du får et ekstra poeng hvis pasient har mindre enn 12 års utdanning (Nasreddine m.fl. 2005). Baker m.fl. (2002) tar også opp utdanning, men ser at det er høyere sammenheng mellom resultater fra MMSE og health literacy enn MMSE og antall år med utdanning. Det menes at det kan det være problematisk å betrakte utdanning som en påvirkende faktor alene, fordi kvaliteten på utdanning kan variere i stor grad (Baker m. fl. 2002).

Ergoterapeutene viste stor forståelse for hvordan pasientens situasjon og omgivelser kunne påvirke testresultatet. Dette kunne være psykiske og fysiske belastninger som stress, nervøsitet, søvn, infeksjoner, mat og teststed. Manualen til MMSE nevner noen av disse faktorene som mulig påvirkning, og det er opprettet et bemerkningsnotat hvor dette kan føres opp (Strobel & Engedal 2008). Det er viktig at dette blir benyttet når det er mistanke om påvirkning. For å senke stressnivå og kartlegge disse faktorene, forteller ergoterapeutene at det kan være lurt å innlede testen med en samtale. Pasienter som testes i en akutt fase, kan være ekstra sårbare for disse faktorene. Ergoterapeutene er opptatt av å teste på riktig tidspunkt for å få en troverdig skår. På sykehus kan dette være vanskelig å vurdere ettersom pasientene er innlagt i en kort periode, og de skal gjennom behandling og andre tester.

Sykehus som teststed kan gi flere utfordringer for pasienten. Sykehus kan være vanskelige å orientere seg i, og kan forvirre pasienten ved etasjespørsmål. Det er også nevnt i manualen (Strobel & Engedal 2008) at det skal benyttes et testnøytralt rom, men dette kan være vanskelig å utføre i praksis. Ved gjennomføring av testen i pasientens hjem, kan dette senke stressnivå og gjøre stedsorienterings-spørsmålene enklere å besvare. På en annen side kan testing i hjemmet bidra til forstyrrelser og distraksjoner. På grunnlag av disse situasjonsbetingede faktorene, mener ergoterapeutene at resultatene bare er representable på det daværende tidspunkt for pasienten.

Ergoterapeutene nevnte MMSE sin evne til å benyttes til retesting som en god egenskap, slik at de kan dra nytte av å se endring hos pasienter. Folstein m.fl. (1975) forteller at MMSE er lite sensitiv for læring ved retesting. MMSE er lett tilgjengelig på internett og ergoterapeutene forteller om historier hvor pasienter har øvd på deloppgaver de ikke har mestret. Selv om Folstein m. fl. (1975) mener at MMSE er lite sensitiv for læring ved retesting, er det noe annet å isolert øve på deloppgavene utenfor testsituasjon. Målbevisst innlæring kan bidra til å gi et ikke-representativt resultat hos pasienten. Dette er noe ergoterapeutene må ta hensyn til for å gi en god utredning av kognitiv funksjon.

Pasientene ergoterapeutene møter på sykehus har ofte nedsatt hørsel, syn og kan ha redusert funksjon i hender. Pangman m.fl. (2005) poengterer at pasientene må ha adekvat hørsel og syn, klare å holde en blyant og å skrive for at MMSE skal kunne gjennomføres. MMSE stiller krav til slike fysiske funksjoner selv om det er kognisjonen som skal utredes. Dellasega & Morris (1993) kan legge til at MMSE ofte blir brukt på en gruppe pasienter med sammensatt sykdomssituasjon. Dette kan bety at samme pasient har flere utfordringer som kan begrense utførelsen av testen. Ergoterapeutene på sykehuset har diskutert hvordan de skal skrive skåren i journalnotatet når pasienten ikke kan gjennomføre deloppgaver på grunn av fysiske funksjonsnedsettelse. Noen ganger krever dette improvisasjon for å gjennomføre deler av testen. Iblant er ikke alle deler i testen gjennomførbare, og ergoterapeutene videreformidler dette i sin journal. Ergoterapeutene fortalte også at deloppgavene som stilte krav til fysiske funksjoner kunne benyttes til å gjøre isolerte observasjoner av fysisk funksjon. Å utrede kognitive ferdigheter uten å ta i bruk fysiske funksjoner er muligens fånyttet, fordi vi ofte er avhengige av å kommunisere ved hjelp av hørsel, tale, syn og kroppsspråk. Det er viktig at fysiske begrensinger ikke mistolkes som kognitiv svikt, eller hindrer en fullverdig kognitiv kartlegging. Derfor trenger testlederene i noen tilfeller å ha klare retningslinjer på hva som bør

gjøres i testsituasjoner med fysiske funksjonsnedsettelse. MMSE-manualen (Strobel & Engedal 2008) har klare instruksjoner for administrering og gjennomføring av testen. Allikevel er det få retningslinjer som forteller hva man skal gjøre når testgjennomføringen blir hindret av ulike årsaker. Som helsepersonell vil det være viktig å ha klart for seg begrensningene MMSE har. Første siden av MMSE-skjemaet inneholder et notat hvor man kan bemerke ulike påvirkninger (Strobel og Engedal 2008). Det er usikkert hvor mye dette blir benyttet og vektlagt i epikriser, og i videre henvisninger. Det er også nevnt i manualen at det er anbefalt å lese denne før anvendelse av MMSE (Strobel & Engedal 2008). For å sikre bedre kvalitet og bruk av MMSE, kunne det vært et strengere krav om å lese manualen grundig. Dette kan også bidra til å skape en felles forståelse for forskjellige yrkesgrupper av hvilken informasjon MMSE kan formidle. Slik at man kan utnytte det fulle potensialet til MMSE som redskap, inkludere kvalitativ informasjon og ikke begrense seg til sluttskåren.

Ergoterapeutene på sykehus samarbeider med ulike yrkesgrupper i tverrfaglig arbeid. Dette innebærer at MMSE blir benyttet med ulike perspektiv og innfallsvinkler. Ergoterapeutene forteller at de ikke er så opptatte av sluttskåren, men ser på utførelsen på de ulike deloppgavene. De mener at dette synet ikke deles med andre yrkesgrupper fordi andre yrkesgrupper kan være svært interessert i sluttskåren. Manualen understreker at kvalitativ informasjon må evalueres ved individuell utførelse og ta hensyn til utfall på deloppgaver, og ikke bare se på sluttskår (Strobel & Engedal 2008). Dette er noe ergoterapeutene praktiserer, men de opplever at dette ikke blir fulgt av andre yrkesgrupper. Dette kan medføre en ulik praksis i benyttelse av MMSE-resultatene. utfordringen for å mestre denne tankegangen kan være at MMSE samler kvalitativ informasjon, men at det tvinges frem i et kvantitativt resultat. Kvantitative data er enkle å sammenligne, noe som er nyttig å benytte i en klinisk sammenheng hvor tall måler ulike verdier i forhold til normalen. Samtidig er de kvalitative dataene som samles inn med en MMSE-test svært viktig for å forstå pasientens helhetlige situasjon. Spørsmålet er om all denne informasjonen er mulig å samle i ett tall. Det vil også være vanskelig å vite hvilke utfordringer pasienten har gjennom dette tallet alene.

MMSE er et redskap som kartlegger kognitive ferdigheter, og vi ønsket å utforske om resultatet kan generaliseres til ADL-aktivitet. Det viktige vil være om de kognitive utfordringene faktisk gir problemer i dagligdagse aktiviteter. Ergoterapeutenes erfaring er at det er stor variasjon i denne sammenheng. En pasient som skårer lavt på MMSE kan klare seg utmerket under ADL-aktiviteter, mens en annen pasient som skårer høyt på MMSE kan

ha utfordringer i aktiviteten. Flere studier bekrefter ergoterapeutenes erfaringer med dette. Hajek m. fl. (1997) fant at sammenhengen mellom aktivitetsbaserte og kognitive tester var liten. En studie gjennomført av Brown m. fl. (2014) viser at sammenhengen mellom MMSE-skår og tester med funksjonell utførelse er liten, men konkluderer at liknende vansker kan vise seg i både kognitiv testing og ADL. Dette belyser at MMSE er et redskap som trenger supplerende kartlegging, fordi det er vanskelig å generalisere resultatene til et aktivitetsperspektiv. Flere studier poengterer at MMSE ikke burde brukes som eneste metode for kartlegging av kognitiv funksjon (Dellasega & Morris 1993, Tombaugh & McIntyre 1992, Espino m. fl. 2001, Brown m. fl. 2014, Hajek m. fl. 1997). Ergoterapeutene fra sykehuset forteller at de aldri benytter MMSE som eneste kartleggingsmetode, og foretrekker å benytte seg av en aktivitetsobservasjon, samtale og andre supplerende tester. De poengterer at de er mer opptatte av hvordan den kognitive svikten arter seg i aktivitetsperspektivet, og dette kartlegges best under en aktivitetsobservasjon.

MMSE blir omtalt som et valid redskap for kognitiv kartlegging, men samme studier viser til ulike påvirkningsfaktorer som kan svekke troverdigheten til testresultatet (Dellasega & Morris 1993, Tombaugh & McIntyre 1992, Van Heugten m. fl. 2014, Espino m. fl. 2001, Kafonek m. fl. 1989, Pangman m.fl. 2005). At MMSE blir benyttet i så stor grad og er et valid verktøy på tross av så mange begrensinger, kan være en indikasjon på hvor vanskelig kognitiv kartlegging er. Et godt og tilstrekkelig kartleggingsverktøy behøver kanskje ikke nødvendigvis å være uten påvirkningsfaktorer for å kunne bidra med viktig informasjon i en helhetlig vurdering.

Alle begrensingene ved MMSE kan få ulike konsekvenser. Som tidligere nevnt kan resultatet bli påvirket av mange faktorer, og gi et ikke-representabelt bilde av pasientens kognitive funksjon. Påvirkningsfaktorene pasienten utsettes for, kan begrense resultatet og gi en lavere skår enn de kognitive funksjonene faktisk er. Pasient kan få et resultat som tyder på kognitiv svikt, når det egentlig er andre faktorer som har gitt fratrekk i skåringen. Dermed kan pasienten få en ufortjent kognitiv svikt, og resultatet vil ikke være gyldig. Dette vil være uheldig for pasienten, men også sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Ergoterapeutene forteller at MMSE-resultatet har innflytelse på avgjørelser om videre kartlegging, hjelpebehov, hjelpemidler og tilrettelegging og eventuell kortidsplass eller rehabilitering. Et feil kognitivt inntrykk av pasient, kan resultere i feil tiltak videre. Ved å tilby pasienten for få, eller unødvendige helsetiltak på grunnlag av en kognitiv utredning med begrensninger, vil

samfunnsøkonomiske hensyn være aktuelle å vurdere. Et dårlig MMSE-resultat vil iverksette flere tiltak for pasient, som vil utløse større ressursbruk og økte kostnader. For få tiltak i forhold til behov kan føre med seg høyere fallrisiko, skader, inaktivitet og fallerende fysisk funksjon. I perspektiv av omfanget MMSE blir benyttet i, er det rimelig å sette fokus på hva denne bruken koster samfunnet og individet.

5.2 Metodediskusjon

Vi hadde et ønske om å ha 2 intervjuer, hvor et bestod av ergoterapeuter fra sykehus og et som bestod av ergoterapeuter som jobber på rehabiliteringsinstitusjon. På denne måten kunne vi sammenligne erfaringer, tanker og meninger fra ergoterapeuter som jobber på forskjellige stadier i pasientforløpet. Dessverre takket noen nei av ulike årsaker, og vi måtte gjøre endringer for å komme videre.

Vi gjennomførte ett intervju med 4 ergoterapeuter som jobbet på samme sykehus. Dette kan både styrke og svekke troverdigheten til det som ble sagt. Styrken er at de kjenner hverandre godt og tør å snakke. En ulempe kan være at de kanskje ikke tør å gå i diskusjon og være redd for å fornærme hverandre. En annen svakhet kan være at de har snakket om tema på forhånd og blitt enige om hva de eventuelt vil eller ikke vil si. Dette vil kunne svekke fokusgruppeintervjuets spontanitet og diskusjoner. For å øke dette mest mulig valgte vi å ikke sende intervjuguide eller beskrive temaer i informasjonsskrivet, og bare sende problemstilling. De 4 ergoterapeutene som ble intervjuet har stor forskjell i erfaring. Dette kan påvirke diskusjonen ved at de mest erfarne styrer hvor diskusjonen går. Vårt intervju ble ikke nevneverdig preget av dette. Å benytte individuelle intervjuer kunne bidratt med enda mer materiale. Alle informantene kunne sagt sin egen mening på hvert spørsmål, uten avbrytelser eller påvirkning. Grunnen til at vi ikke valgte dette, var fordi vi ønsket å skape diskusjoner og spontane reaksjoner. Ved fokusgruppeintervju er det en fordel at informantene kan benytte hverandre som igangsettere for nye tanker og relevante innspill.

Intervjuet ble gjort av en uerfaren moderator. Vi har sett i ettertid at oppfølgingsspørsmål og avsluttende kontrollspørsmål kunne ha blitt gjort mer optimalt. Samtidig har vi funnet teori som poengterer at en uerfaren moderator kan gjøre diskusjonen i intervjuet friere og gi mer rom for tanker og følelser fra informantenes side (Kvale & Brinkmann 2015). Forandringer i intervjuguiden kunne også ha blitt gjort. For å forbedre oppfølgingsspørsmålene kunne

intervjuguiden ha inneholdt forberedte kontrollspørsmål, i tillegg til å komme med mer spontane kontrollspørsmål under intervjuet. Dette ville ha hjulpet i intervjusituasjonen for å gå dypere inn i temaer og for å bekrefte vår egen forståelse av hva informantene delte med oss.

Vi opplevde ingen spesielle etiske utfordringer. Allikevel har vi blant annet studert begrensninger ved MMSE, som er det redskapet ergoterapeutene benytter mest. Dette temaet gjorde oss oppmerksomme på hvordan ergoterapeutene kan ha opplevd våre spørsmål som kritiske til deres arbeidsmetoder. Vi forsøkte å unngå dette ved å være objektive, ha åpne spørsmål og tillate tenkepauser. Vi opplevde ikke ergoterapeutene som krenket, og det var god stemning under hele intervjuet.

Noen av artiklene vi valgte å ta med i oppgaven er nokså gamle. Dette er fordi vi i enkelte tilfeller var tvunget til å benytte akkurat den artikkelen som omhandlet det vi trengte om MMSE. MMSE er i dag basert på et redskap laget i 1975. Derfor har det vært viktig for oss å kontrollere hvor artiklene kommer fra, og om de fortsatt er relevante i dag. Hvis artiklene var gamle, men fortsatt relevante har vi valgt å bruke dem. Databasene vi har benyttet for å søke frem forskningsartiklene har begrenset seg til noen få, og kunne med fordel ha vært utvidet for å hjelpe perspektivet vårt. Vi gjorde søk i OTseeker, PubMed og Medline uten å få tilfredsstillende treff på enkle søk. Vi avsluttet derfor å søke videre i disse databasene. I tillegg fant vi også disse databasene vanskelige å bruke oversiktlig, noe som gjorde at vi utførte de fleste søkene i Chinal, Google scholar og Oria.

Resultatene vi utarbeidet fra vår metode, mener vi kan brukes til å trekke konklusjoner om erfaringene med å bruke MMSE til de ergoterapeutene vi intervjuet. Kvalitativ metode inneholder tanker, følelser og meninger, og vil derfor være subjektive. På grunnlag av dette, og at utvalget av informanter er lite, vil det være vanskelig å generalisere resultatene til andre ergoterapeuter. Ved utførelse av en identisk studie basert på vår metode men med andre informanter, kan erfaringene og resultatet bli annerledes. Allikevel mener vi at resultatene i vår studie er valide, fordi dette var våre informantenes erfaringer. Ergoterapeutene vil gi troverdighet ved at de har mye erfaring med MMSE. Tidlige litteratursøk gav grobunn for problemstillingen og tematiseringen for underpunkter i intervjuguiden. Intervjuet besto av gode diskusjoner og samtaler mellom ergoterapeutene som besvarte problemstillingen og undertemaene. For å øke gyldigheten valgte vi å transkribere ordrett og inkludere ikke-

språklige menneskelyder og observasjon av konteksten. Ved analyseringen av transkriberingen benyttet vi innholdsanalyse, hvor vi kondenserte meningsbærende enheter i den skrevne råteksten. Vi samarbeidet om å tolke disse meningsbærende enhetene logisk, for å sikre samsvar i meningsfortolkningen.

Våre resultater vil kunne bidra til økt kunnskap og en bedre felles forståelse av MMSE, og bevissthet rundt faktorer som kan påvirke testresultatet. Studien kan også bidra til å utnytte det fulle potensialet til MMSE ved å inkludere kvalitativ informasjon.

6. Konklusjon

MMSE er det mest brukte verktøyet for screening av kognitiv funksjon. Den er velkjent, mye forsket på, enkel å administrere og krever kort tidsbruk for å gjennomføre. MMSE er et velrenommert verktøy, men våre funn kan vise til ulik validitet ved bruk på forskjellige pasientgrupper. Ergoterapeutene forteller at MMSE kan være for enkel, og er lite sensitiv for å fange opp mild kognitiv svikt. De nevner at utdanning, høy alder, kulturell bakgrunn, psykiske belastninger og fysiske funksjonsnedsettelse kan påvirke MMSE-resultatet. Dette kan begrense resultatet ved at pasient får dårligere sluttskår enn de kognitive funksjonene egentlig tilsier. Ergoterapeutene forteller om en ulik forståelse av MMSE-resultatet hos andre yrkesgrupper. Ergoterapeutene har mindre fokus på sluttskår fordi den sier lite om helhetlig funksjon, og benytter mer kvalitative data fra de ulike deloppgavene. De forteller at MMSE ikke skal brukes alene, og benytter alltid aktivitet som supplerende kartlegging for å se på den helhetlige situasjonen. Det kan virke som at kvalitativ informasjon er viktig å inkludere fordi det er en kompleks oppgave å kartlegge kognitiv funksjon. Et godt og tilstrekkelig kartleggingsverktøy trenger nødvendigvis ikke å være uten påvirkningsfaktorer for å kunne bidra med viktig informasjon i en helhetlig vurdering. Det vil derfor være viktige at helsepersonell er bevisste på disse faktorene. Vi kan med dette diskutere hvorvidt en felles forståelse av MMSE for samarbeidende yrkesgrupper, kan øke kvaliteten på den kognitive kartleggingen og videre tiltak. Våre funn er basert på et lite utvalg, og mer forskning er nødvendig for å forstå hvordan MMSE blir benyttet.

7. Litteraturliste

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., Patterson, M., Parker, R. M., Williams, M. V. (2002) Health literacy and performance on the Mini-Mental State Examination, *Aging and Mental Health*, Vol. 6(1), 22-29.

Brown, T., Elliot, S., Fielding, L. (2014) Is There a Relationship Between Mini Mental Status Examination Scores And the Activities of Daily Living Abilities of clients Presenting with Suspecting Dementia?, *Physical og Occipational Therapy In Geriatrics*, Vol. 32(4), 336-352.

Carlsson, B. (1991) *Kvalitativa forskningsmetoder - for medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist og Wiksell Forlag.

Dellasega, C., Morris, D. (1993) The MMSE to assess the cognitive state of elders, *Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 25(3), 147-152.

Dolva, A.S., Sveen, U., Bonsaksen, T., Hagby, C., Horghagen, S., Solbakken, A.I., Thyness, E.M. (2015) Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter?, *Ergoterapeuten*, (2), 44-49.

Espino, D.V., Lichtenstein, M.J., Palmer, R.F., Hazuda, H.P (2001) Ethinc Differences in Mini-Mental State Examination (MMSE) Scores: Where you live makes a difference, *American Geriatrics Society*, Vol. 45 (5), 538-548.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*. Vol. 12(3), 189-198.

Hajek, V. E., Gagnon, S., Ruderman, J. E. (1997) Cognitive and functional assessments of stroke patients: An analysis of their relation, *The American academy of physical medicine and rehabilitation*. Vol. 78, 1331-1337.

Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., Kitner, S., Taylor, N., German, P. S. (1989) Instruments for screening for depression and dementia in a long term care facility, *American Geriatrics Society*. Vol. 37(1), 29-34.

Kunnskapsbasert praksis (2012) *PICO* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> (Hentet: 13.04.2016).

Kvale, S., Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lin, J. S., O'Connor, E. Rossom, R.C., Perdue, L. A., Eckstrom, E. (2013) Screening for Cognitive Impairment in older adults: a systematic review for the U. S. preventive services task force, *Annals of Internal Medicine* Vol. 159(9), 601-612.

Malt, U. (2015) *Kognitive funksjoner* [Internett] 15.08.2015. Store Norske leksikon. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kognitive_funksjoner (Hentet: 28.04.2016)

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005) The montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening toole for mild cognitive impairment, *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 53(4), 695-699.

Norsk ergoterapiforbund (2011) *Kompetanser i ergoterapi - ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Oslo: Norsk Ergoterapiforbund.

Olsson, H., Sørensen, S. (2003) *Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Oslo universitetssykehus (2014) *Om "health literacy" på norsk* [Internett]. 03.06.2014. Oslo Universitetssykehus. Tilgjengelig fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/frokostm%C3%B8te-10.juni.aspx (Hentet: 18.04.2016).

Ottosson, S. (2013) *Practical innovation theory*. ABC-tryck. ISBN 978-91-977947-7-0

Pangman, V.C., Sloan, J., Guse, L. (2000) An examination of psychometrics properties of the Mini-mental state examination and the standardized Mini-mental state examination: Implications for clinical practice, *Applied Nursing Reaserch*. Vol. 13(4), 209-213.

Sander, K. (2014) *Validitet* [Internett]. 23.03.2014. Kunnskapssenteret. Tilgjengelig fra: <<http://kunnskapssenteret.com/validitet/>> (Hentet: 08.01.2016).

Sander, K. (2014) *Reliabilitet* [Internett]. 23.03.2014. Kunnskapssenteret. Tilgjengelig fra: <<http://kunnskapssenteret.com/reliabilitet/>> (Hentet: 08.01.2016).

Store norske leksikon (2014) *ADL* [Internett]. 14.04.2014. Tilgjengelig fra: <<https://sml.sn.no/ADL>> (Hentet: 21.04.2016).

Strobel, C., Engedal, K. (2008) [Internett] *MMSE-NR, Norske revidert Mini Mental Status Evaluering*. Tilgjengelig fra: <<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/mmse-nr2-mms-norsk-revisjon-29968.html>> (Hentet: 13.01.2016).

Toglia, J., Fitzgerald, K. A., O'Dell, M. W., Mastrogiovanni, A. R., Lin, C. D. (2011) The Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment in Persons With Mild Subacute Stroke: Relationship to Functional Outcome, *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. Vol. 92, 792-798.

Tombaugh, T. N., McIntyre, N. J. (1992) The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review, *American Geriatrics Society*. Vol. 40(9), 922-935.

Tuntland, H. (2014) *En innføring i ADL - teori og intervensjon*. Bergen: Høyskoleforlaget.

Van Heugten, C. M., Walton, L., Henschel, U. (2014) Can we forget the Mini-Mental State Examination? A systematic review of the validity og cognitive screening instruments within one month after stroke, *Cinical Rehabilitation*, Vol. 29(7), 694-704.

Woodward, M., Galea, M. (2005) Mini-Mental State Examination (MMSE), *Australian Journal of Physiotherapy*. Vol. 51, 198.

8. Vedlegg

8.1 Søkehistorikk m/tabell

Databaser vi benyttet	Søkeord	Søking i Cinahl	Antall treff i Cinahl	Valgte artikler (nr) i Cinahl
Cinahl	1. Mini mental status examination	1	2378	
Google Scholar	2. Cognition	1 and 2 and 3	775	
Oria	3. Assessment	1 and 7	24	
Wiley	4. Occupational therapy	1 or 8 and 5	2448	6
O.T. seeker	5. Intervention	1 or 8 and 9	2451	4,9
MedLine	6. Interview	1 and 10	218	2,12
	7. Qualitative	1 and 11	132	
	8. Mmse	1 and 11 and 12	8	
	9. Validity	1 and 12	144	16
	10. Reliability	1 and 13	148	
	11. Psychometric	1 and 14	78	
	12. Review	1 and 13 and 15	13	
	13. Adl	1 and 13 and 5	20	
	14. Consistency	16 and 13	133	14, 37
	15. Recovery	1 and 17 and 18	1230	
	16. Cognitive function	1 and 19	31	24
	17. Score			
	18. Results			
	19. Physical disability			

