

Camilla Bekkevold
Karoline Aasen Fossum

Ergoterapeuten - en sentral rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende?

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Linda Stigen

Mai 2020

Camilla Bekkevold
Karoline Aasen Fossum

Ergoterapeuten - en sentral rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Linda Stigen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel: Ergoterapeuten – en sentral rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende?

Dato: 04.05.2020

Deltagere: Camilla Bekkevold og Karoline Aasen Fossum

Veileder: Linda Stigen

Nøkkelord: Ergoterapi, Demens, Pårørende, Demensteam.

Antall sider/ord: 40/9971

Antall vedlegg: 3

Innledning: Antall personer med demens er økende, og samfunnet må derfor forberede seg på dette, slik at personer med demens blir møtt med tjenester av god kvalitet. Bakgrunn for oppgaven er å belyse hvordan ergoterapeuter kan bruke sin kompetanse til å gi gode tjenester til personer med demens og deres pårørende.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å innhente ergoterapeuters erfaringer om hvordan ergoterapeuter i demensteam arbeider med hjemmeboende personer med demens og deres pårørende.

Forskningsspørsmål: Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende?

Metode: Det har blitt benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode for studien, der semistrukturerte intervju og litteratursøk er brukt for å samle inn relevante data. Kvale og Brinkmann`s syv stadier i en intervjuundersøkelse blir benyttet som fremgangsmåte i metodedelen av oppgaven.

Resultat: Ergoterapeutens arbeidsområde med personer med demens og deres pårørende er et vidt område med flere arbeidsoppgaver. Hovedfunnene fra resultatene ble inndelt i fire hovedkategorier; kartlegging og iverksetting av tiltak, samarbeid på ulike nivåer, samarbeid med pårørende og manglende tid og ressurser.

Konklusjon: Det er tydelig at ergoterapeuter har en viktig rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende. Antall personer med demens er økende, og det er derfor viktig at

helse- og omsorgstjenestene arbeider for et mer demensvennlig samfunn slik at disse blir møtt best mulig. For å dekke kunnskapshull på dette feltet er det behov for mer forskning.

ABSTRACT

Title: Occupational Therapist's – a central role working with people with dementia and their relatives?

Date: 04.05.2020

Participants: Camilla Bekkevold og Karoline Aasen Fossum

Supervisor: Linda Stigen

Keywords: Occupational Therapy, Dementia, Relatives , Dementia team.

Number of pages/words: 40/9971

Number of appendix: 3

Background: The numbers of people with dementia are increasing, and the community must therefore prepare for this increase, so that people with dementia are met with good quality services. The purpose of this assignment is to illustrate how occupational therapist's can use their expertise to provide good services to people with dementia and their relatives.

Purpose: The purpose of this assignment is to gather the experiences from occupational therapist's on how they in dementiateams work with people with dementia living at home and their relatives.

Research question: How do occupational therapists in dementiateams work with people with dementia living at home and their relatives?

Method: A quality researchinterview has been used as the method for this study. Semi-structured interviews and literature searches have been used to collect relevant data. Kvale and Brinmann's seven stages in an interviewstudy are used as a approach in the methodpart of this assignment.

Result: The occupational therapist's workarea with people with dementia and their relatives is a wide area with several important work tasks. The main findings from the results were divided into four main categories; mapping and implementation of measures, collaboration at various levels, collaboration with relatives and lack of time and resources.

Conclusion: It's clear that occupational therapist's play an important role in working with people with dementia and their relatives. People with dementia are increasing, and it is important that the health- and care services work for a more dementia-friendly society so that they are met in the best way possible. More research is needed to cover knowledgegaps in this field.

Forord

Vi ønsker å gi en takk til våre informanter som var villige til å stille til intervju og dele sine erfaringer med oss. Med tanke på den spesielle situasjonen vi alle har stått i den siste tiden på grunn av Coronaviruset, setter vi ekstra stor pris på at de fortsatt tok seg tid til å delta i studien. Videre vil vi takke vår veileder Linda Stigen som har kommet med gode anbefalinger og råd, og oppmuntret oss gjennom prosessen. Til slutt vil vi også gi en takk til hverandre for et fint og lærerikt samarbeid.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	9
1.3 Teoretisk rammeverk.....	10
1.4 Verdensbilde.....	10
2.0 Metode	10
2.1 Forforståelse	10
2.2 Litteratur og søk	11
2.3 Valg av forskningsmetode.....	12
2.4 Valg av informanter	12
2.5 Forberedelser til intervjuet	12
2.6 Gjennomføring av intervjuet	13
2.7 Transkribering	14
2.8 Analysering	15
2.9 Validitet og reliabilitet	15
2.10 Rapport	16
2.11 Etske overveielser	16
3.0 Resultat.....	17
3.1 Kartleggingsverktøy og iverksetting av tiltak	17
3.2 Samarbeid på ulike nivåer	18
3.3 Samarbeid med pårørende	20
3.4 Manglende tid og ressurser	21
4.0 Diskusjon.....	22
4.1 Person	22
4.1.1 Et økende antall personer med demens.....	22
4.1.2 Kartlegging	23

4.2 Aktivitet.....	23
4.2.1 Observasjon.....	23
4.2.2 Tiltak som iverksettes	24
4.3 Omgivelser	25
4.3.1 Forventninger til ergoterapeuten.....	25
4.3.2 Tverrfaglig samarbeid.....	26
4.3.3 Tilrettelegging av omgivelser	27
4.3.4 Arbeid med pårørende.....	27
5.0 Metodediskusjon.....	29
6.0 Konklusjon.....	31
7.0 Referanser	33
8.0 Vedlegg	35
8.1 Vedlegg 1 – søkehistorikk.....	35
8.2 Vedlegg 2 – informasjonsbrev	36
8.3 Vedlegg 3 – intervjuguide	39

1.0 Introduksjon

I Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018) presiseres det at om lag 70 000 personer har demens i Norge. Antall personer med demens vil øke og antas og fordobles innen år 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Demens defineres som en samlebetegnelse på flere sykdommer som oppstår i hjernen, som kan gi forandringer i språk, væremåte og hukommelse.

Utviklingen skjer gradvis over tid og vil etter hvert påvirke hverdagen til den enkelte (Aldring og Helse, 2020).

For at personer med demens skal bli ivaretatt og møtt på best mulig måte er det viktig at kommunene er forberedt på økningen (Gausdal, Michelet og Skarpengland, 2015). I artikkelen til Stigen, Bjørk og Lund (2019) kommer det frem at helse – og omsorgstjenesten står ovenfor flere utfordringer. Det poengteres blant annet at antall kommuneergoterapeuter bør tredobles i fremtiden for å møte disse (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Demensplan 2020 tar for seg flere utfordringer knyttet til økt levealder og et økt antall personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i dag lite tilrettelagt for både bruker og pårørende, samtidig som at det vil være et økende behov for tjenester og tilbud i eget hjem. Dette er elementer som vil være avgjørende i arbeidet om å skape et mer demensvennlig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Ifølge Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) er også manglende kunnskap en av de større utfordringene. Det kommer frem at flere opplever en følelse av skam knyttet til sykdommen, noe som kan tyde på manglende kunnskap for personer med demens, men også for deres pårørende og i samfunnet generelt. Økt kunnskap vil kunne fremme en normalisering av sykdommen, noe som blant annet kan bidra til å minske uvitenhet og skam (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) legges det i tillegg frem viktigheten av at tjenesteapparatet øker sin kunnskap og har fokus på at tjenestene blir mer tilrettelagt og tilpasset hvert enkelt individ med demens og deres pårørende. I studien til Stigen, Bjørk og Lund (2019) trekkes det frem et behov for økt kompetanse og utvikling innenfor arbeidet med personer med kognitiv svikt, ikke bare for ergoterapeuter, men for helsepersonell generelt.

I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) kommer det frem at pårørende til personer med demens opplever en slik situasjon som tyngende. Å ta vare på et familiemedlem med demens vil ifølge Corcoran og Gitlin (2001) være en belastning både

fysisk og psykisk. Det påpekes at blant annet depresjon, stress og dårlig helse kan være konsekvenser av dette. I tillegg vil personer med demens ha et økt behov for hjelp i hverdagsaktiviteter. Videre i artikkelen trekkes det frem at det er utviklet flere intervensjoner for å støtte de som ivaretar personer på et moderat stadium av demens (Corcoran og Gitlin, 2001). En av disse intervensjonene innebærer en tilnærming av miljøet der ergoterapeuter lærer de pårørende til å bruke spesifikke strategier for å tilpasse både det fysiske miljøet og måten oppgaver i hverdagen utføres på. Videre beskrives det at ergoterapeuter kan ha en viktig rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende, ved blant annet å tilrettelegge omgivelsene i hjemmet (Corcoran og Gitlin, 2001).

Det finnes i dag flere demensteam i ulike kommuner som blant annet har ansvar for å sikre gode og passende tilbud for både personer med demens og deres pårørende (Gausdal, Michelet og Skarpenland, 2015). For at personer med demens skal kunne ha mulighet til å oppleve trygghet og mestring i hverdagen, i tillegg til at hverdagen skal inneholde meningsfulle aktiviteter, vil det være nødvendig å ta utgangspunkt i personens egne ønsker, interesser, vaner og aktivitetsmønster. Dette danner grunnlaget for de tjenestene som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I artikkelen til Gausdal, Michelet og Skarpenland (2015) trekkes det frem at ergoterapeuter, i samarbeid med andre yrkesgrupper har en viktig rolle i dette arbeidet.

Å se samspillet mellom omgivelser, person og aktivitet står sentralt i ergoterapeuters kjernekompetanse og vil være viktig i vurderingen av hva som hindrer deltakelse og inkludering (Laberg *et al.*, 2017). Tuntland (2011) beskriver at forståelsen av dette samspillet inngår i det å ha et aktivitetsperspektiv og i hvilken grad dette kan påvirke selve aktivitetsutførelsen. Videre poengteres det at å utføre hverdagsaktiviteter er av stor betydning for oss mennesker og at dette er med på å skape en persons identitet (Tuntland, 2011). Å ha mulighet til å gjennomføre hverdagsaktiviteter som er viktige for individet og som er basert på egne behov og ønsker, vil også være av betydning for helsen (Kirkegaard, 2011). Aktivitet og helse henger sammen i den form av at det er naturlig for individet å være i aktivitet og at utførelsen av daglige aktiviteter vil kunne gi økt erfaring og bidra til selvutvikling (Kirkegaard, 2011). I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) forteller både personer med demens og deres pårørende at tilrettelegging av hverdagsaktiviteter bidrar til å gi mestring og mening i hverdagen. Gjennom tilrettelagte hverdagsaktiviteter vil dette også være med på å gi de pårørende avlastning, slik at de kan utføre sine egne aktiviteter i

løpet av en hverdag. Pårørende har et behov for avlastning for at de kan stå bedre rustet til å ta hånd om sine nærmeste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden studentene fra tidligere har personlig tilknytning til personer med demens og har erfart hvilken effekt dette har på deres pårørende, var det ønskelig å undersøke mer om dette. Studentene vil forsøke å unngå at egne erfaringer og forforståelse skal ha innvirkning på denne oppgaven.

I tillegg er det et spennende, viktig og fremtidsrettet tema og begge studentene interesserer seg for diagnosen demens. Etter tidligere praksis og arbeid har studentene opparbeidet seg erfaring og kunnskap om personer med demens, og har blant annet sett at dette er en sårbare personer som i større grad trenger å bli sett og prioritert i samfunnet. Som fremtidige ergoterapeuter er studentene nysgjerrige på hvordan ergoterapeuter arbeider med personer med demens og deres pårørende, noe som danner grunnlaget for valg av tema i denne oppgaven. Det er ønskelig å benytte bacheloroppgaven som en mulighet til å få mer kunnskap innenfor dette området.

I artikkelen til Gramstad og Nilsen (2017) legges det frem flere områder som kommuneergoterapeuter ønsker mer forskning rundt. Blant disse trekkes intervensjoner til personer med demens frem som et ønsket forskningsområde. Siden antall personer med demens er økende, vil forskning rundt dette være en prioritet blant kommuneergoterapeutene (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Sett i lys av dette mener studentene at denne studien er viktig å gjennomføre og at dette er et område det bør forskes mer på i fremtiden.

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med bacheloroppgaven er å samle kunnskap om hvordan ergoterapeuter i kommunen arbeider i demensteam med personer med demens og deres pårørende. Det var derfor ønskelig å intervjuere ergoterapeuter som jobber i demensteam for å finne ut av deres erfaringer i arbeid med personer med demens og hvordan de jobber med deres pårørende. På bakgrunn av dette har blitt kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende?

1.3 Teoretisk rammeverk

I denne oppgaven vil Model of Human Occupation (MOHO) benyttes som teoretisk rammeverk. MOHO er en modell for menneskelig aktivitet og har som formål å støtte ergoterapeutenes praksis (Kielhofner, 2010). Modellen er klientsentrert på en slik måte at den fokuserer på brukerens ønsker og behov. Samtidig vektlegges samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, som styrker ergoterapeutens forståelse av brukerens perspektiv og situasjon (Kielhofner, 2010). I denne oppgaven er disse begrepene sentrale.

1.4 Verdensbilde

Verdensbildet som benyttes i denne oppgaven er det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet. Sosialkonstruktivisme blir typisk sett på som en tilnærming i kvalitativ forskning (Creswell, 2009). Enkelt personer utvikler personlige meninger gjennom opplevelser og erfaringer og disse varierer fra menneske til menneske. En slik forskning vil ha som mål å stille åpne spørsmål for å få frem de ulike meningene og videre fokusere på deltagerens syn på situasjonen som forskes på. Prosessen ved en slik kvalitativ forskning er i stor grad induktiv ved at meninger danner grunnlaget for datainnsamlingen, i stedet for at det tas utgangspunkt i teori (Creswell, 2009).

2.0 Metode

I denne delen av oppgaven vil metoden som har blitt benyttet for å finne relevante data for bacheloroppgaven beskrives. Det vil bli presentert valg av forskningsmetode og hvordan intervjuprosessen har foregått fra start til slutt. Kvale og Brinkmann (2015) sine syv stadier i en intervjuundersøkelse har blitt benyttet som fremgangsmåte. Til slutt vil etiske overveielser legges frem.

2.1 Forforståelse

Brandt, Madsen og Peoples (2013) trekker frem forforståelse som et sentralt begrep i hermeneutikken. Hermeneutikk beskrives som en måte å oppnå gode og gyldige fortolkninger på. Forforståelse innebærer de fordommer og tanker som ligger forut for den forståelsen vi opparbeider oss. Som mennesker møter vi alltid verden med egne forforståelser, noe som vil være med på påvirke den forståelsen vi får av virkeligheten (Brandt, Madsen og Peoples, 2013). Forforståelsen avhenger av hvem man er som person og hvilken situasjon mennesket står i. På bakgrunn av dette poengterer (Brandt, Madsen og Peoples, 2013) at virkeligheten

kan tolkes på mange forskjellige måter, avhengig av hvilken forforståelse personen har. Studentenes egen forforståelse på dette området er blant annet kjennskap til personer med demens og at dette er sårbare mennesker som trenger gode tjenester. Det tenkes at ergoterapeuter har en viktig rolle i arbeid med personer med demens og deres pårørende. Egen forforståelse har blant annet kommet fra personlige erfaringer med personer med demens og via arbeidserfaring. Som nevnt tidligere vil studentene unngå at egen forforståelse skal ha innvirkning på denne oppgaven.

2.2 Litteratur og søk

Det har blitt gjort søk i databasene Cinahl og Embase for å finne litteratur som kunne bidra til å svare på problemstillingen, men det ble til slutt funnet en artikkel i Cinahl. Etter flere søk ble søkeordene til slutt «Occupational Therapy», «Dementia», «Dependents» og «Home». Prosessen begynte med søk på hvert enkelt ord, for så å kombinere alle søkeordene med AND. Denne kombinasjonen ga fire resultater i Cinahl. For en mer detaljert fremstilling av søkestrategien se vedlegg 1.

For å komme frem til ønsket artikkel, ble abstraktet på artiklene lest og de som ikke var relevante for studien ble eliminert. Til slutt ble det valgt en artikkel som fremsto som interessant for forskningsspørsmålet. Artikkelen ble lest nøye og analysert. Den valgte artikkelen ble «Family Caregiver Acceptance and Use of Environmental Strategies Provided in an Occupational Therapy Intervention» (Corcoran og Gitlin, 2001). Artikkelen fremsto som relevant for bacheloroppgaven. Før denne artikkelen ble benyttet ble det undersøkt om den var fagfelleurdert for å bekrefte at forskningen kunne støles på. Måten dette ble undersøkt på var ved å gå inn på hjemmesiden til tidsskriftet. Det var ikke mulig å se om de direkte hadde fagfelleurdert denne artikkelen, men det kom frem at de hadde rutiner for dette og at de publiserte fagfelleurderte artikler med god kvalitet (Taylor & Francis Group, 2020).

I tillegg til å gjøre systematiske søk ble det også benyttet artikler som ble anbefalt. De anbefalte artiklene var «The Conflicted Practice: Municipal Occupational Therapists' Experiences with Assessment of Clients with Cognitive Impairments» (Stigen, Bjørk og Lund, 2019) og artikkelen «Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge» (Gramstad og Nilsen, 2017). Begge artiklene ble valgt da de var relevante for oppgavens forskningsspørsmål og fordi de ble ansett som pålitelige. I tillegg ble

referanselisten til de valgte artiklene benyttet for å undersøke om det var flere passende artikler for oppgaven.

2.3 Valg av forskningsmetode

Siden hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider i demensteam med personer med demens og deres pårørende, ble kvalitativt forskningsintervju vurdert som den mest hensiktsmessige forskningsmetoden. Ved å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode vil informantenes opplevelser og erfaringer være i fokus, noe som var ønskelig i denne studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Denne metoden ga innblikk i ergoterapeuters erfaringer i arbeid med personer med demens og deres pårørende.

2.4 Valg av informanter

Ved at oppgaven er avgrenset inn mot ergoterapeuter som jobber i demensteam, forenklet dette prosessen med å velge ut aktuelle informanter. For å finne frem til ergoterapeuter som arbeider i demensteam, ble det gjort søk på ulike kommuners hjemmesider. Det ble lokalisert fire ergoterapeuter som jobber i demensteam. Videre ble hver enkelt kontaktet over telefon og det ble bekreftet at de var villige til å delta. Informantene ble valgt på bakgrunn av at de har spesifikk kunnskap innen dette området og ble derfor ansett som eksperter i denne studien (Kvale og Brinkmann, 2015). Selv om studentene gjerne skulle intervjuet flere ergoterapeuter ble det valgt å intervju disse fire personene på grunn av oppgavens tidsbegrensning og omfang. Ved å bruke for mange informanter i studien kan det ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bli begrenset med tid og oppstå utfordringer med å analysere godt nok.

2.5 Forberedelser til intervjuet

Etter å ha kontaktet informantene og avtalt tidspunkt for intervju over telefon, ble det senere sendt ut et informasjonsbrev via E-post, se vedlegg 2. Et informert samtykke innebærer en forsikring om frivillig deltagelse for informantene og at de til enhver tid har rett til å trekke seg (Kvale og Brinkmann, 2015). Sikring av konfidensialitet og formålet med forskningsprosjektet ble også informert om i informasjonsbrevet. Konfidensialiteten i forskningen handler mye om enigheten rundt hva innsamlet data kan brukes til. I dette tilfellet har personopplysninger som kan avsløre informantene blitt holdt anonymt og dette har blitt ivarettatt og beskyttet gjennom hele prosessen (Kvale og Brinkmann, 2015).

Det ble benyttet semistrukturert intervju med tanke på at et slikt intervju brukes når formålet er å finne ut av erfaringer, meninger og egne perspektiver hos de valgte informantene (Kvale og Brinkmann, 2015). Når et semistrukturert intervju utføres tar intervjueren som oftest utgangspunkt i en intervjuguide, som inneholder ønskelige temaer og forslag til spørsmål som kan stilles. På bakgrunn av dette blir et intervju verken utført som en åpen samtale eller en samtale som styres av et spørreskjema (Kvale og Brinkmann, 2015).

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som dannet grunnlaget for spørsmålene som ble stilt. Denne inneholdt spørsmål som tok for seg forskningsspørsmålet i oppgaven. En slik intervjuguide bidro til å strukturere intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuspørsmålene ble korte og enkle, og studentene hadde fokus på hvordan spørsmålene ble formulert. Formuleringen ble tilpasset det som var hensikten og temaet for undersøkelsen. Det var fokus på at spørsmålsformuleringen kunne være avgjørende for hvilke svar informantene ga (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var bevissthet rundt dette da intervjuguiden ble utarbeidet. Under utarbeiding av intervjuguiden ble det også vektlagt både tematiske og dynamiske spørsmål. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil tematiske spørsmål bidra til innhenting av kunnskap og teori, mens dynamiske spørsmål vil bidra til å gi en god intervjuinteraksjon gjennom flyt i samtalen. Ved å ha fokus på dette fikk informantene enklere frem sine meninger og opplevelser.

Det ble benyttet lydopptaker da intervjuene ble gjennomført og denne ble testet på forhånd. Dette var viktig med tanke på at det ikke skulle oppstå uønskede hendelser, som for eksempel dårlig lyd kvalitet under intervjuet. Fordelen ved å benytte en lydopptaker var at opptakene kunne hentes opp igjen i ettertid, noe som forenklet transkriberingen (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.6 Gjennomføring av intervjuet

På grunn av Koronasituasjonen måtte alle intervjuene foregå over telefon. Med tanke på at intervjuene foregikk digitalt ble det enighet om at én skulle føre intervjuet, mens den andre lyttet og kom med innspill ved behov. Det ble informert om at begge var til stede i samtalen. I tillegg ble informantene rådet til å oppholde seg i et rom uten støy, slik at lyden ble best mulig både for studentene og informanten.

Intervjuet startet med å takke for deltagelsen på tross av situasjonen i forbindelse med Covid-19. Videre introduserte studentene seg selv og formålet med oppgaven, og informerte om anonymitet og taushetsplikt. Det ble også opplyst om at det ville bli benyttet lydopptaker og det ble gitt beskjed om når denne ble startet. Det ble i tillegg poengtert at personopplysninger og lydopptak ville bli slettet etter at prosjektet var ferdig.

Intervjuguiden ble benyttet underveis, samtidig som det fortløpende ble stilt oppfølgingsspørsmål ut ifra den informasjonen som ble gitt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er oppfølgende spørsmål en viktig del av intervjuprosessen og hvilke oppfølgingsspørsmål som skulle stilles kunne ikke defineres i forkant. Derfor var det viktig at studentene lyttet aktivt til det som ble fortalt gjennom hele intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015). I etterkant ble det gjort en oppsummering og diskusjon rundt hvordan intervjuet opplevdes og hvordan det var å gjennomføre dette.

2.7 Transkribering

Da intervjuene var gjennomført ble materialet transkribert fra muntlig til skriftlig form. Det ble valgt å transkribere etter hvert enkelt intervju slik at fokuset kunne rettes mot ett av gangen. Transkriberingen bidro til oversikt og struktur og var nødvendig for videre analysering. Ved at det ble benyttet en lydopptaker av god kvalitet ble prosessen enklere og mindre anstrengende (Kvale og Brinkmann, 2015).

Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført ved at en skrev og den andre stoppet og startet lydopptakeren. Dette var en effektiv fremgangsmåte og det ble valgt å benytte denne på alle intervjuene. Det ble i forkant enighet om hvilken skriveprosedyre som skulle benyttes, slik at det ikke skulle oppstå utfordringer knyttet til språklige sammenligner i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble transkribert ordrett, med unnlattelse av følelsesmessige uttrykk som for eksempel latter og ord som «eh»-er og lignende. Det ble sett på som unødvendig å inkludere slike ord og uttrykk i transkriberingen siden det ikke ble gjennomført en detaljert språkanalyse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det ikke nødvendig med en spesialisert transkripsjon av denne type intervju. Til slutt ble materialet gått igjennom og studert.

2.8 Analysering

Data ble analysert med fokus på mening. En slik form for analyse legger vekt på betydningen av det som blir fortalt i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2015). Det ble utarbeidet en tabell for hvert intervju med fem emner; råtekst, kondensert meningsenhet, koding, kategorisering og tematisering. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver fem trinn i analysen av et intervju, hvorav det første trinnet innebærer å lese intervjuet for å få en helhet. Studentene tok for seg ett og ett avsnitt i den transkriberte teksten og tok disse inn under råtekst. Neste trinn innebar å få frem det mest dominerende i avsnittene, slik at det kom frem på en enkel og tydelig måte. Videre ble det sett på hva som ble fortalt i hvert avsnitt, skrevet et lite sammendrag og plasserte dette under kondensert meningsenhet. Deretter ble hver enkelt meningsenhet kodet, og det ble notert ned sentrale nøkkelord. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) innebærer en slik prosess å bryte ned teksten til nøkkelord som kan hentes opp igjen i ettertid. Ordene ble ført inn i tabellen. Videre ble det valgt kategorier på bakgrunn av den informasjonen som ble gitt i hvert avsnitt, og disse ble skrevet inn under kategorisering. Etter at trinn fire var gjennomført på alle intervjuene, ble det bestemt hvilke temaer som skulle danne grunnlaget for resultatet i oppgaven. Dette skulle være temaer som var brede nok til å inneholde flere av de kategoriene som hadde blitt satt opp. Kategoriene ble gått igjennom i hver tabell og det ble videre plukket ut fire overordnede tema; kartleggingsverktøy og iverksetting av tiltak, samarbeid på ulike nivåer, samarbeid med pårørende og manglende tid og ressurser. Videre ble de fire temaene notert inn på et eget dokument og nummerert fra en til fire. Til slutt ble numrene plassert bak tilhørende avsnitt og kategori.

2.9 Validitet og reliabilitet

Validering er noe som ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bør vurderes gjennom alle stadiene av intervjuundersøkelsen og omhandler også selve kvaliteten av prosessen. Studentene har vært oppmerksomme på studiens validitet ved å ha et kritisk syn på egen forskning, i tillegg til å vurdere intervjuets kvalitet gjennom hele prosessen. Under transkripsjonen av intervjuet ble validiteten vurdert ved at den transkriberte teksten ble lest igjennom flere ganger for å sikre at budskapet til informantene ble forstått. Hvis det oppsto tvil om hva informantene fortalte ble det gått tilbake i lydopptaket slik at overføringen fra muntlig til skriftlig form ble så korrekt som mulig. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) finnes det ingen fasit på hvordan en transkripsjon skal være, men for å sikre validitet i studien var studentene oppmerksomme på å gjøre en grundig transkripsjon og analyse av intervjuet.

Reliabilitet omhandler blant annet hvorvidt resultatene fra forskningen er troverdig og om andre forskere kan reprodusere dette (Kvale og Brinkmann, 2015). Under intervjuet var det bevissthet rundt å ikke stille ledende spørsmål til informantene. Det var i tillegg bevissthet på hvordan spørsmålene ble stilt, og at disse ble stilt på lik måte til alle informantene, slik at ulik spørsmålsformulering ikke påvirket svarene (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.10 Rapport

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er rapporten det endelige resultatet som skal formidles til andre, som i dette tilfellet er studentenes bacheloroppgave. I denne rapporten har det blitt vektlagt at informantenes personlige opplysninger og uttalelser ikke lar seg kjenne igjen. Informasjonens form har derfor blitt endret uten at betydningen faller bort (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.11 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser bør tas hensyn til gjennom hele prosessen og Kvale og Brinkmann (2015) beskriver hvilke etiske spørsmål som bør overveies i starten av en intervjuundersøkelse. Det var viktig å kartlegge hvem som skulle gi samtykke, ha fokus på anonymitet og tenke over hvem som skulle ha tilgang til intervjuene. Det var også viktig å gjøre rede for hvilke konsekvenser og eventuelle fordeler studien kunne ha for informantene. I tillegg var det nødvendig å overveie hvilken rolle studentene hadde i studien (Kvale og Brinkmann, 2015).

I planleggingsfasen ble informantenes anonymitet og konfidensialitet tatt hensyn til, og det ble innhentet samtykke. Det ble også vurdert om intervjusituasjonen kunne påvirke informantene, som for eksempel om de opplevde stress (Kvale og Brinkmann, 2015).

Under transkriberingen kom det også opp etiske vurderinger. Blant annet var studentene oppmerksomme på at det ble transkribert på en måte som var lojalt mot det informantene fortalte. Her var det også viktig at konfidensialiteten ble beholdt (Kvale og Brinkmann, 2015).

Ved analyseringen ble det gjort overveielser som omhandlet hvor vidt denne var kritisk og dyp nok, og det ble vurdert om informantene kunne påvirke egne uttalelser og hvordan disse ble lagt frem (Kvale og Brinkmann, 2015).

Ergoterapeutenes profesjonsetikk og yrkesetiske retningslinjer har også blitt fokusert på i oppgaven. Ergoterapeuter vektlegger i sitt arbeid at alle, uavhengig av funksjonsnivå, skal ha

rett til aktivitet og deltakelse (Ergoterapeutene, 2017). De har også et ansvar om å ivareta rettigheter til personer med redusert funksjonsevne og fokusere på god helse og trivsel. De yrkesetiske retningslinjene innebærer blant annet at ergoterapeuter skal innlede et samarbeid med de pårørende i samsvar med hva bruker selv ønsker (Ergoterapeutene, 2017). Videre trekkes det frem at et slikt samarbeid er viktig og at ergoterapeuter skal se på de pårørende som en ressurs i deres arbeid. Sett i lys av dette vil profesjonsetikken og de yrkesetiske retningslinjene være av betydning.

3.0 Resultat

I denne delen vil funnene fra studien presenteres. Etter det ble foretatt en intervjuanalyse ble det kommet frem til fire overordnede temaer, som presenteres som oppgavens hovedfunn. Informantenes erfaringer og uttalelser vil legges frem og det vil bli benyttet direkte sitater fra intervjuene for å illustrere de fire hovedtemaene.

3.1 Kartleggingsverktøy og iverksetting av tiltak

Informantene beskrev at de vanligste kartleggingsverktøyene de benytter under et hjemmebesøk er MMSE (Folstein, Folstein og McHugh, 1975), Klokketest (Smedslund, Siqveland og Leiknes, 2015) og NPI (Aldring og Helse, 2011). Noen fortalte også at de bruker egne kartleggingsredskap for pårørende som blant annet Cornell- skala for depresjon (Aldring og Helse, 2019). Det ble tydeliggjort at flere av informantene benytter de samme verktøyene og at de bruker kartleggingsredskap fra Aldring og Helse. Hvis det er behov for en vurdering i forbindelse med førerkort, benyttes også Trail Making Test (TMT) A og B (Strobel *et al.*, 2018). De kartlegger i tillegg sikkerhet i hjemmet og gjør observasjoner av brukeren i dagligdagse aktiviteter, som for eksempel dekking av bord og bruk av telefon. En av informantene sa; "*Vi pleier også å gå en runde rundt i boligen og kartlegge om det kan være fare for fall og hvordan personen beveger på seg, om det er behov for andre type hjelpemidler da i tillegg*".

Etter kartleggingen gjennomføres det flere tiltak basert på resultatene de får. Flere av informantene poengterte viktighetene av å se resultatene de får fra kartleggingen opp mot hvordan brukeren fungerer i hverdagen. Det kom også frem at de gjennomfører tiltak i forhold til førerkort ved at de gir informasjonen de har fått fra kartleggingen videre til lege. Dette er spesielt viktig siden det er legen som tar en vurdering i forbindelse med bilkjøring og

førerkort. De iverksetter også tiltak knyttet til anbefaling, igangsetting og opplæring av velferdsteknologiske løsninger. På dette området samarbeider de med hjemmesykepleie hvis det er behov for løsninger som medisindispensere, trygghetsalarm etc. Det søkes i tillegg om hjemmesykepleie hvis det er behov for oppfølging av medisiner, ernæring og personlig hygiene. Det blir også informert om andre tilbud i kommunen, deriblant dagsenter. En sa;

Hvis de ikke forstår komfyren eller har sluttet å lage mat, så kan vi sette inn tiltak med matkjøring fra kommunen eller at hjemmesykepleien kan komme og dosere medisiner, eller kanskje de trenger litt mer sosial omgang med andre og at de blir henvist videre til dagsenter.

Å sette inn ulike hjelpemidler er også et av tiltakene som iverksettes, og noen av informantene fortalte at dette er deres ansvar i demensteamet. De gjør også ulike tiltak knyttet til de fysiske omgivelsene i hjemmet. Blant annet vurderer de om det er risiko for fall og gir råd og anbefalinger rundt dette. En uttalte;

Det er ofte anbefalinger i forhold til tepper, trapper og gelender, så dette er jo ting som pårørende eller bruker må gjøre selv, men vi påpeker det ... og hvis de ikke har brannteppe eller annet slukkeutstyr så anbefaler vi alltid at de skaffer seg det.

3.2 Samarbeid på ulike nivåer

Informantene sa at demensteamet består av en ergoterapeut og en sykepleier. I tre av fire intervju kom det frem at sykepleier er demenskoordinator, mens én informant fortalte at ergoterapeuten har denne stillingen. Det kom også frem at et av demensteamene ligger under et arbeidslag i hjemmesykepleien som består av hjelpepleiere og sykepleiere, hvor da disse har et samarbeid med ergoterapeut og demenskoordinator. En informant fortalte; *“Det er bra at det er en sykepleier i teamet. Jeg synes at det er veldig viktig at det er tverrfaglig så det er bra at det er begge deler”*.

Informantene poengterte at det alltid er ergoterapeuten og sykepleieren som sammen reiser ut på hjemmebesøk. De beskrev at hjemmebesøkene ofte starter med å bygge tillitt til bruker og pårørende, hvor de da har en felles samtale i begynnelsen for å bli kjent med hverandre. Noen av informantene beskrev viktigheten av å skape tillit til bruker og pårørende. En sa; *“... det er veldig mange som er litt skeptiske til at vi kommer”*. Det kom frem at alle informantene deler

arbeidsoppgaver, der en ofte har hovedansvar for bruker mens den andre har ansvar for pårørende. Informantene har et tett samarbeid med sin kollega i teamet under prosessen, og flere fortalte at de også samarbeider med å skrive rapport etter hjemmebesøket. En uttalte;

Jeg tenker at vi er veldig heldige som kan være et tverrfaglig team som reiser ut, at vi er både en ergoterapeut og en sykepleier. Vi har forskjellige briller på og ser forskjellige ting og har ulikt syn på hva vi kan få til og hvordan folk fungerer, så det er en stor styrke hos oss.

Når informantene ble spurt om hvilke forventinger de andre i teamet har til de som ergoterapeuter svarte mange at de var usikre på dette da de ikke hadde diskutert det med sine kollegaer. Allikevel tenkte mange at det er forventet at de skal være fleksible og ha et godt samarbeid til de andre i teamet. Noen fortalte også at det er forventet at de skal ha nok kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene som blir benyttet og at de bruker sitt ergoterapeutiske perspektiv og kunnskap i møte med bruker. En uttalte; *“De forventer nok også at man kan tenke litt utenfor den firkantede boksen. Det er ikke alle løsninger som passer for alle”*. Kun én av informantene svarte at det er forventet at ergoterapeuten skal ta seg av hjelpemidler. Det ble videre poengtert at de har fordelt arbeidsoppgaver, der sykepleier har ansvar for medisiner og det somatiske, mens ergoterapeuten har hovedansvar for hjelpemidler. Når det ble spurt om hvilke tanker informantene hadde om dette, ble det svart;

I de tilfellene her så tenker jeg at det er greit fordi sykepleier ikke har noe oversikt eller kunnskap om det. Men vi kan jo diskutere rundt dette i og med at sykepleier sånn grovt sett kjenner til hva som finnes av hjelpemidler. Så det er ikke slik at det er kun mitt område, men jeg har hovedansvaret. Siden sykepleier tenker på det med medisiner og mer på det somatiske så tenker jeg at det er en fin ansvarsfordeling.

Informantene poengterte at de også samarbeider tett med både lege og hjemmesykepleien. Samarbeidet med lege foregår hovedsakelig i forbindelse med vurdering av førerkort, om bruker er samtykkekompetent og om det skal bli tatt en utredning eller ikke. To av informantene beskrev at alle henvisninger til demensteamet må gå gjennom legen, mens de andre sa at dette er et lavterskeltilbud som innebærer at hvem som helst kan kontakte teamet. Rapporten som skrives i etterkant inneholder blant annet spesifikk informasjon

angående om det kan foreligge en demensdiagnose. Denne sendes til legen. Informantene sa blant annet at deres rapport og vurdering kan være til hjelp for legen i forbindelse med å fastsette en diagnose. En informant uttalte; *“Vi opplever ofte at legene er usikre på å sette diagnose og da hjelper det jo at jeg sier at her har det vært symptomer i flere måneder”*.

Demensteamene har også et samarbeid med hjemmesykepleien. Hvis bruker fra tidligere har mottatt tjenester fra hjemmesykepleien ligger det inne opplysninger som demensteamet får god nytte av i forkant av et hjemmebesøk. En av informantene poengterte;

Hvis brukeren har hjemmesykepleie så står det jo ofte mye der i dokumentasjonen, kanskje på hvordan de fungerer og det er sånn vi bruker tid på før vi reiser ut og leser oss opp på det som har blitt dokumentert tidligere, for å se hva som er funksjonsnivået.

Det ble også påpekt at blant annet hjemmesykepleien kan sende henvisninger til demensteamet hvis det er ønskelig at det blir gjort en utredning. I tillegg kom det frem i ett av intervjuene at ergoterapeuten inngår et samarbeid med hjemmesykepleien i forbindelse med opplæring av velferdsteknologiske løsninger, hvis det er behov for det. Flere av demensteamene samarbeider også med nabokommuner i forbindelse med et tilbud de har for pårørende.

3.3 Samarbeid med pårørende

Informantene anser de pårørende som en ressurs og at dette er et viktig samarbeid gjennom hele prosessen. Under et hjemmebesøk vil brukerens pårørende komme med mange nødvendige opplysninger og deres tanker og opplevelser vil være til stor hjelp. En av uttalte; *“Vi har både erfart og lært gjennom årene at vi stoler veldig mye på pårørende. For den som husker dårlig svarer kanskje ut ifra det den pleier å gjøre, og ikke alltid hvordan det foregår i dag”*. En annen sa;

Man må også tenke på opplysningene fra pårørende og hvordan brukeren faktisk fungerer, for det er jo ikke alltid sånn at testene viser hvordan de fungerer i praksis, det kan jo også variere litt. Noen kan jo score dårlig på testene, men klare seg likevel bra i hverdagen, og noen andre kan score veldig høyt på testene og ikke klare seg så

godt. Så vi er veldig avhengig av opplysninger fra pårørende for å gjøre en god kartlegging.

En av informantene poengterte at de pårørende er en viktig del i forbindelse med observasjon av brukerens utvikling. Videre ble det fortalt at de som ergoterapeut og demenskoordinator ofte er i kontakt med pårørende i etterkant i og med at de kanskje har spørsmål spesielt etter at diagnosen er satt. En fortalte; *“Vi kan bistå med å ta en prat i ny og ne og de må jo gjerne ringe oss også når de har behov. Det er jo ikke sånn at det må gå seks måneder til vi prates igjen. Vi vil jo gjerne at de skal ta kontakt når det er noe”*. Noen av informantene fortalte at de også tilbyr de pårørende å delta i en samtalegruppe hvis det er ønskelig.

En viktig del av arbeidet er å gi god informasjon. Noen av informantene uttalte at de informerer både pårørende og bruker om ulike tilbud i kommunen. En sa; *“Vi hjelper gjerne til med å fylle ut søknaden der og da, for ofte er det lettere at vi som utenforstående og upartiske kanskje fyller ut fremfor pårørende”*. Noen av tilbudene de informerer om er ulike avlastningstilbud, som for eksempel dagsenter og pårørendeskole. Pårørendeskole er et samarbeid mellom flere kommuner og går ut på at pårørende til personer med demens samles for blant annet å lære om hva demenssykdommen innebærer, dele erfaringer med andre pårørende, få tips og råd og informasjon om ulike hjelpemidler. I hovedsak er det flere representanter fra ulike kommuner som arrangerer dette. Flere av informantene sa at de deltar på dette tilbudet.

3.4 Manglende tid og ressurser

Flere av informantene poengterte at det er travle arbeidsdager på grunn av lite tid og ressurser. Videre ble det trukket frem at et hjemmebesøk kan ta opptil to til tre timer i tillegg til at rapportskrivningen i ettertid tar mye tid. Noen fortalte også at de i utgangspunktet ønsker å gjennomføre to hjemmebesøk i løpet av en arbeidsdag, men på grunn av at dette er en tidkrevende prosess, har de begrenset med tid til å prioritere andre arbeidsoppgaver. En av informantene uttalte;

Det er knappe ressurser i forhold til at det er så mye man har lyst til å gjøre som ergoterapeut ved å følge opp den enkelte, og det er ikke tvil om at det er mange flere der ute som skulle hatt en diagnose i første omgang. Man skulle nådd mange flere, så man føler at det blir veldig lite tilfredsstillende å ha så knapt med ressurser. Man føler

at man bare kartlegger og ikke får gjort noe skikkelig i forhold til tiltakene, så det savner jeg.

En viktig del av jobben er oppfølging av bruker og pårørende og det ideelle er å utføre et oppfølgingsbesøk ca. hver sjetten måned. Det er lite avsatt tid og lange ventelister. En uttalte;

Det har vært veldig dårlig med oppfølging i det siste, jeg har ventelister på mellom tre og seks måneder også må vi innimellom prioritere de det haster med og som må ha tiltak. Men ellers så har vi satt det sånn at vi skal følge opp hver sjetten måned, men det blir det rett og slett ikke muligheter til med de knappe ressursene i teamet.

Informantene beskrev at antall personer med demens er økende. De belyste viktigheten av å gi gode tjenester og at demensteamet er der for å følge utviklingen og gi brukeren støtte og veiledning. En uttalte; *“Det er ingen som blir bedre av dette, så de krever bare mer og mer av oss”*.

4.0 Diskusjon

På bakgrunn av at Model of Human Occupation (MOHO) benyttes som teoretisk rammeverk, vil denne delen av oppgaven struktureres etter kategoriene; person, aktivitet og omgivelser (Kielhofner, 2010). Temaene under person vil være; et økende antall personer med demens og kartlegging. Under aktivitet vil temaene; observasjon og tiltak som iverksettes diskuteres. Til slutt vil teamene under omgivelser være; forventninger til ergoterapeuten, tverrfaglig samarbeid og arbeid med pårørende. Det vil diskuteres ut ifra ergoterapeutens ståsted. Oppgavens hovedfunn vil drøftes opp mot relevant teori og egne synspunkter vil bli lagt frem. Til slutt vil det diskuteres rundt hvordan prosessen med å skrive bacheloroppgaven har vært, i tillegg til å komme med kritikk og ros til eget arbeid.

4.1 Person

4.1.1 Et økende antall personer med demens

Som nevnt tidligere vil antall personer med demens øke i tiden fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre kommer det frem at en slik endring vil berøre de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor det blant annet kan oppstå utfordringer knyttet

til kapasitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Resultatene viste at mangel på tid og ressurser, lange ventelister og et økende antall personer med demens, fører til utfordringer knyttet til oppfølging og prioritering av arbeidsoppgaver. Ifølge Gramstad og Nilsen (2016) kan lange ventelister og mangel på tid forårsake stress og dårlig samvittighet hos ergoterapeuter som står under et slikt tidspress. Det ble i tillegg uttrykt en bekymring for at tiltak ikke ble satt i gang tidsnok og at brukerne ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for (Gramstad og Nilsen, 2016). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er behov for flere ergoterapeuter og andre yrkesgrupper i et demensteam, for blant annet å redusere tidspresset, øke ressurser og gi tjenester som dekker brukerens behov.

4.1.2 Kartlegging

Resultatene viste at informantene bruker kartleggingsverktøy som blant annet MMSE, Klokketest og Trail Making test (TMT) A og B. Dette er ifølge Stigen, Bjørk og Lund (2019) skrivebordstester som er enkle å bruke og som gjør kartleggingen mer effektiv. I resultatene poengterte informantene at det er viktig å se hvordan brukeren fungerer i praksis, fremfor å trekke konklusjoner kun basert på resultatene av kartleggingen. Dette er fordi testene ikke alltid sier noe om deres faktiske funksjon. I artikkel til Stigen, Bjørk og Lund (2019) kommer det frem at det ble stilt kritiske spørsmål til bruken av blant annet MMSE, i og med at resultatene ikke alltid samsvarte med hvordan bruker faktisk fungerer i hverdagen.

De ulike kartleggingsredskapene blir ofte omtalt som “tester”, noe som blant annet kan føre til økt stress for bruker og påvirke resultatenes gyldighet (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Sett i lys av dette kan det tenkes at god kommunikasjon med bruker vil være viktig for å fremme en god relasjon og skape tillit. Resultatene viste at det er viktig at hjemmebesøket innledes med en samtale der de blir kjent og skaper trygghet for bruker. Å skape tillitt kan blant annet bidra til at brukeren i større grad åpner seg for ergoterapeutene (Eide og Eide, 2017).

4.2 Aktivitet

4.2.1 Observasjon

Kartlegging kommer frem som en sentral del av informantenes arbeidshverdag. Ifølge Gausdal, Michelet og Skarpengland (2015) har ergoterapeuter mye å bidra med i et demensteam, ved at de blant annet har kompetanse om kartlegging, utredning og

observasjoner i hjemmet. Det kom frem i resultatet at informantene i løpet av et hjemmebesøk gjør ustrukturerte observasjoner, gjennom eksempelvis å observere hvordan bruker utfører dagligdagse aktiviteter. I artikkelen til Stigen, Bjørk og Lund (2019) beskrives ustrukturerte observasjoner som viktige å bruke for ergoterapeuter når det skal tas en vurdering om hvordan en kognitiv svikt påvirker hverdagsaktiviteter. Det sies i tillegg at det også er fordeler ved å bruke strukturerte observasjonsredskaper, på grunn av at disse er effektive å bruke og at resultatene fra observasjonen blir mer troverdige og tydelige (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Allikevel kommer det frem i studien til Stigen, Bjørk og Lund (2019) at de fleste observasjoner som gjennomføres er ustrukturerte. På bakgrunn av dette og det som ble nevnt over angående bruk av kartleggingsverktøy, kan det være tenkelig at det er viktig med en kombinasjon av både observasjoner og skrivebordstester for å gjøre en god vurdering av personer med demens.

4.2.2 Tiltak som iverksettes

Basert på resultatene fra de ulike kartleggingene blir det iverksatt flere tiltak. Blant annet var et av tiltakene å vurdere behov for ulike hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger. Å benytte hjelpemidler eller teknologi i hverdagen kan bidra til en økt mulighet for at bruker kan gjennomføre sine hverdagsaktiviteter og være så selvstendig som mulig (Ness, 2011). I tillegg poengteres det i Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) at velferdsteknologiske løsninger blant annet kan bedre brukerens trygghet i hverdagen, styrke følelsen av mestring i dagligdagse aktiviteter og redusere belastningen for deres pårørende. På en annen side kan også iverksetting av slike teknologiske løsninger endre relasjonene mellom bruker, pårørende og helsepersonell, og i tillegg skape en ekstra belastning for bruker (Kiran og Nakrem, 2017). I følge Nakrem (2017) kan relasjonene endres i den forstand med at teknologien benyttes på en slik måte at helsepersonellet ikke trenger å være i fysisk kontakt med bruker. Dette kan føre til avstand mellom de forskjellige partene og dermed bli betraktet som utilfredsstillende omsorg (Nakrem, 2017).

Basert på resultatene kom det også frem at tiltak som å gi god informasjon og anbefalinger til bruker og pårørende, er en stor del av arbeidet. Det ble blant annet informert om at det finnes aktivitetstilbud for personer med demens. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) kommer det frem at det er behov for flere aktivitetstilbud for personer med demens og det beskrives at dette må tilpasses hver enkelt persons behov og ønsker. Eide og Eide (2017) beskriver det som viktig å formidle nødvendig informasjon på en

god og tydelig måte slik at brukeren får mulighet til å ta til seg og dra nytte av den informasjonen som blir gitt. Det poengteres videre at informasjonen både skal høres og forstås, samtidig som at brukeren skal huske det som er viktig (Eide og Eide, 2017). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det å gi god og tydelig informasjon ofte nok er en viktig del av arbeidet med personer med demens, i og med at nedsatt hukommelse kan føre til at nødvendig informasjon glemmes. Videre trekker Eide og Eide (2017) frem at mange eldre personer med demens er engstelige, og at god kommunikasjon derfor blir ekstra viktig. I tillegg bør personorientert kommunikasjon vektlegges slik at ergoterapeuten ser brukeren for den, den er og setter deres verdier og ressurser i fokus (Eide og Eide, 2017).

Fra resultatene kom det frem at et oppfølgingsbesøk hovedsakelig skal gjennomføres seks måneder etter første hjemmebesøk, men at dette var vanskelig grunnet lav kapasitet. I artikkelen til Gausdal, Michelet og Skarpengland (2015) poengteres det at personer med demens har behov for oppfølging og bistand fra flere yrkesgrupper som strekker seg over lengre tid. Det kan derfor tenkes at ett eller to hjemmebesøk blir for lite og da ikke svarer til det behovet personer med demens har. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) trekkes det frem at personer med demens og deres pårørende har gitt uttrykk for at oppfølging i større grad bør prioriteres i tiden fremover. Videre poengteres det at mange som har fått diagnosen demens opplever tiden i etterkant som vanskelig og at manglende oppfølging blant annet kan føre til tap av funksjon, tilbaketrekking fra sosiale omgivelser og depresjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sett i lys av dette og det som kom frem i resultatene om manglende tid og ressurser, kan det tyde på at dagens oppfølging i mange tilfeller er mangelfull.

4.3 Omgivelser

4.3.1 Forventninger til ergoterapeuten

Det kom frem i resultatene at informantene ikke har avklart med sine kollegaer om hvilke forventninger de har til de som ergoterapeuter. I artikkelen til Gramstad og Nilsen (2016) trekkes det frem at flere ergoterapeuter opplever at andre yrkesgrupper forbinder de med hjelpemidler. Videre beskrives det at hvis forventningene mellom ulike fagpersoner er uklare, kan dette blant annet gi ringvirkninger på brukerens sikkerhet og det tverrfaglige samarbeidet (Gramstad og Nilsen, 2016). I resultatene kom det også frem at kun én av

informantene fortalte at sykepleier forventer at ergoterapeuten skal ha ansvar for hjelpemidler, i tillegg til at flere poengterte at forventningene ikke var avklart på forhånd. Det var allikevel ingen negative tanker rundt dette. Det ble videre poengtert at informanten synes det er greit å ha hovedansvar for hjelpemidler og at arbeidsfordelingen derfor blir gjort på en god måte, i og med at ergoterapeuten i dette tilfellet har mest kompetanse om hjelpemidler.

Kielhofner (2010) beskriver at handling gjøres ut ifra de rollene man har i samfunnet. Gjennom forskjellige roller dannes det en identitet og et bestemt tankesett til hver enkelt rolle. De handlingene som gjøres kan i tillegg formes ut ifra de forventningene som stilles fra andre og hvilke fortolkninger en selv har til den bestemte rollen (Kielhofner, 2010). På bakgrunn av det som kom frem i resultatet om forventninger rundt hjelpemidler, kan det tenkes at de handlingene som gjøres og valgene som tas er basert på forventningene fra de andre i teamet. Det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet fokuserer også på hvordan blant annet samfunnet og interaksjon med andre mennesker påvirker en persons handlinger og væremåte (Creswell, 2009). Sett i lys av dette kan det tenkes at ergoterapeutenes rolle blant annet formes av deres kollegaers syn og forventninger til yrket og de oppgaver som skal gjøres. Studentene har selv erfart at flere er i tvil om hva ergoterapi er og at mange forbinder det med hjelpemidler, og at det derfor kan tenkes at det vil være viktig at ergoterapeuter i større grad fremmer sin kompetanse og kunnskap. Ifølge artikkelen til Gramstad og Nilsen (2016) er ergoterapeutene trygge på sine egne arbeidsoppgaver og hva deres rolle innebærer, men det oppleves allikevel som vanskelig å formidle egen kunnskap og kompetanse til andre. En av konsekvensene av dette kan være at ergoterapeuter opplever lite berømmelse for eget arbeid og at den profesjonelle selvfølelsen blir svekket (Gramstad og Nilsen, 2016).

4.3.2 Tverrfaglig samarbeid

I resultatene kom det frem at tverrfaglig samarbeid var av stor verdi, og at demensteamene besto av ergoterapeut og en eller to sykepleiere. Gausdal, Michelet og Skarpengland (2015) beskriver at det bør arbeides for at demensteamene skal være tverrfaglige. Ergoterapeuter bør være en naturlig del av et slikt team, på bakgrunn av at de blant annet innehar kunnskap om å vurdere brukerens funksjon, hvilke tiltak som bør iverksettes og rundt det å gjøre en utredning (Gausdal, Michelet og Skarpengland, 2015). Et demensteam som består av yrkesgruppene sykepleier og ergoterapeut er ifølge Gausdal, Michelet og Skarpengland (2015) en vanlig kombinasjon. Det ble videre poengtert at et slikt samarbeid er viktig med tanke på å se og tolke fra forskjellige perspektiver. Et tverrfaglig samarbeid vil bidra til et bredt spekter av

kunnskap og samtidig være viktig når det blant annet skal fastsettes en diagnose, og ved vurdering av hvilke tiltak som skal iverksettes (Gausdal, Michelet og Skarpengland, 2015). I resultatene ble det vektlagt at informantene også samarbeidet tett med leger. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) kommer det frem at legene innehar kompetanse som kreves i utredning av demens og at et samarbeid mellom helsepersonell og leger anbefales.

4.3.3 Tilrettelegging av omgivelser

Å vurdere og tilrettelegge omgivelsene i hjemmet var også en del av arbeidsoppgavene som kom frem i resultatene. Omgivelsene er ikke bare det fysiske man lever i, men består også av andre dimensjoner som blant annet sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske omgivelser (Kielhofner, 2010). Videre beskriver Kielhofner (2010) at omgivelsene kan gi muligheter, men samtidig sette begrensninger.

I resultatene kom det også frem at informantene ser etter behov for tilpassing av omgivelsene i hjemmet under et hjemmebesøk. Det gjøres blant annet ustrukturerte observasjoner av hjemmet og på bakgrunn av dette gis det anbefalinger og råd om ulike tilpasninger som kan gjøres. Det blir også rådet om å fjerne fallfeller og for eksempel gå i anskaffelse av gelender, samtidig gjøre generelle endringer av det fysiske miljøet hvis det skulle være behov for det. Ifølge Tuntland (2011) kan tilrettelegging av hjemmet øke muligheten for mestring i hverdagsaktiviteter, i tillegg til å fremme sikkerhet og tilgjengelighet i hjemmet.

4.3.4 Arbeid med pårørende

Det blir beskrevet i resultatene at informantene samarbeider tett med pårørende. Pårørende til personer med demens opplever ofte situasjonen som belastende og at frykten og usikkerheten er stor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er viktig at pårørende blir inkludert i prosessen slik at de også føler seg ivaretatt og sett.

I resultatene kommer det frem at pårørende er en ressurs og en viktig samarbeidspartner. Det beskrives videre at pårørende kan bidra med nyttig informasjon som brukeren selv har utfordringer med å legge frem. Ifølge Corcoran og Gitlin (2001) er familiemedlemmer til personer med demens utsatt for stress og dårligere helse. Videre kommer det frem at arbeid med pårørende til personer med demens er et viktig arbeidsområde for ergoterapeuter og at de

kan ha stor nytte av ergoterapeutiske intervensjoner (Corcoran og Gitlin, 2001). Noen av tiltakene som trekkes frem i artikkelen, omhandler å anbefale hjelpemidler som for eksempel under dusj- og toalettsituasjon, å anbefale en forenkling av hverdagsaktiviteter eller å anbefale strategier som støtter brukerens pårørende. Slike strategier kan blant annet innebære en vurdering av hvorvidt de pårørende har kapasitet nok til å ta vare på brukeren, og eventuelt bistå med å legge til rette for avlastning og hvile. I slike tilfeller kan ergoterapeuter hjelpe de pårørende med å systematisere deres hverdag, slik at de får tid og rom for å hvile og å ta vare på seg selv i en vanskelig situasjon (Corcoran og Gitlin, 2001).

Det kan tenkes at støtten fra pårørende er noe mange brukere opplever som trygt, men at det på en annen side også kan være hemmende for bruker hvis for eksempel relasjonen dem imellom er dårlig. Hvis bruker ikke har en god relasjon til sine pårørende kan det tenkes at det kan ha en negativ innvirkning ved hjemmebesøk. I artikkelen til Stigen, Bjørk og Lund (2019) kommer det frem at det er viktig å evaluere hvilken kontekst de ulike kartleggingene blir gjennomført i. Det blir beskrevet at å ha pårørende til stede eller at brukeren er i et ukjent miljø er faktorer som kan påvirke hvilke resultater man får fra kartleggingen (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). At kartleggingen foregår i brukernes hjem er også viktig med tanke på at det er i hjemmet brukeren er kjent og gjennomfører sine daglige aktiviteter (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Ifølge Kielhofner (2010) kan vaner blant annet påvirke hvordan en person utfører sine hverdagsaktiviteter, samtidig som at aktivitetsutførelsen påvirkes av de omgivelsene personen befinner seg i. Det kan på bakgrunn av dette tenkes at det er i hjemmet brukeren opparbeider seg vaner og faste rutiner på hvordan aktiviteter utføres, og at hvilke vaner brukeren har kan være avgjørende for brukerens motivasjon for endring.

Resultatene viste at noen av tiltakene for pårørende blant annet var å informere om ulike tilbud. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) kommer det frem at pårørende har behov for både avlastning og veiledning. I resultatet kom det frem at det blir gitt informasjon til de pårørende om pårørendeskoler og at dette er noe de kan delta på. Å legge til rette for gode pårørendeskoler og etablere samtalegrupper for pårørende har vært et viktig tiltak i forbindelse med å hjelpe og støtte de pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) kommer det også frem at pårørende som har deltatt på pårørendeskoler stort sett er fornøyd, men det kommer frem at tilbudet ikke strekker seg ut til alle. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er behov for flere tilbud der personer med demens og deres pårørende kan

samles. I resultatene snakket også informantene om et samarbeid på tvers av kommunene når det gjelder tilbud som for eksempel pårørendeskoler. I Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) legges det videre frem at behovet for økt informasjon om eksisterende tilbud bør fremmes, og at det er viktig med et interkommunalt samarbeid slik at tilbudene og tjenestene som gis blir av god kvalitet.

5.0 Metodediskusjon

I denne delen vil svakheter og styrker i oppgaven diskuteres.

Fremdriftsplanen ble utarbeidet helt i begynnelsen av prosessen. Det blir i ettertid sett at denne ikke var realistisk i forhold til når de ulike delene skulle vært ferdig utført. Studentene var optimistiske med tanke på at oppgaven skulle være ferdig skrevet en til to uker før levering, slik at de siste ukene kunne omhandle gjennomgang og småjusteringer av oppgaven. Dette viste seg å være urealistisk i forhold til oppgavens tidsrom og omfang. Det burde også fra start vært et større fokus på kontinuerlig å endre denne planen og tilpasse den underveis. Fremdriftsplanen ble fulgt nøye i begynnelsen av prosessen, men ble senere mindre brukt, noe som i ettertid ses på som en svakhet. Hadde denne planen blitt flittigere brukt kunne det blitt enda mer struktur i arbeidet og gitt en klarere oversikt over hva som var gjort og hva som stod igjen. På tross av dette har arbeidet allikevel vært strukturert, og de planlagte fristene for når de ulike delene skulle være ferdige ble overholdt slik at alt ble ferdig i tide.

En annen svakhet var at det kunne blitt brukt mer tid på utarbeidelse av intervjuguiden som ble benyttet i intervjuene, da det ble sett i ettertid at det kunne blitt stilt flere spørsmål rundt temaet. Blant annet hadde det vært ønskelig å få rede på hva ergoterapeutene selv tenker om behovet for ergoterapeuter i et demensteam, og hva de selv tenker om sin egen rolle i teamet. Allikevel var spørsmålene som ble stilt, spørsmål som ga svar på det som i utgangspunktet var forespeilet. Intervjuguiden bidro til at intervjuet ble strukturert og det opplevdes som en trygghet å følge denne i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015).

I forbindelse med litteratursøk som ble gjennomført ses det i ettertid at det kunne blitt brukt mer tid på dette. Dette er fordi det i ettertid har kommet frem mer litteratur som fremsto som relevant og passende for oppgaven. Hvis det hadde blitt brukt mer tid på søk og søkeord, kunne resultatene av relevante artikler fått et større omfang. Allikevel var litteraturen som har blitt benyttet relevant. Ved å finne mer litteratur kan det tenkes at dette kunne ført til mindre

dybdekunnskap om hver enkelt artikkel. Ved å fokusere på den litteraturen som allerede var funnet fikk studentene analysert dette og fikk en bredere kunnskap om hver enkelt artikkel.

At situasjonen rundt Covid-19 har preget studien er tydelig. I utgangspunktet var planen å intervju informantene ansikt til ansikt på deres arbeidsplass, men viruset satte begrensninger for dette, og intervjuene måtte derfor foregå digitalt over telefon. Selv om dette fungerte godt kan det tenkes at det hadde påvirkning på resultatene i den grad av at det ikke ble mulig å observere, se og tolke informantenes nonverbale språk. Å se informantenes ansiktuttrykk og kroppsspråk kunne gjort det enklere å oppfatte hvilke følelser og reaksjoner informantene fikk under intervjuet (Eide og Eide, 2017). I tillegg ble intervjuene over telefon raske og effektive, og det kan tenkes at hvis intervjuet hadde foregått ansikt til ansikt ville intervjuet tatt lenger tid og gått mer i dybden. På grunn av Koronaviruset hadde også arbeidsdagen til informantene blitt annerledes og flere hadde det mer travelt enn tidligere. Dette førte til at informantene måtte endre avtalene som var satt i utgangspunktet, og at det i noen av tilfellene ble krevende å finne et tidspunkt som passet. På tross av situasjonen klarte fortsatt alle informantene å stille til intervju, noe som settes stor pris på.

Siden intervjuene skulle foregå over telefon måtte informantene sende samtykkeskjema over Mail. Dette ble sett på som en ulempe i og med at slike dokumenter enklere kunne blitt oppbevart trygt, hvis de hadde blitt levert i papirform. Studentene var usikre på om personopplysninger derfor ble oppbevart på en sikker måte og kom frem til at samtykkeskjema skulle føres over på en minnepenn, slik at dette ble oppbevart så sikkert som mulig. Derfor ble all den kommunikasjonen som ble gjort over Mail slettet. I forbindelse med de etiske overveielserne som har blitt vektlagt gjennom hele prosessen, har konfidensialitet og anonymitet blitt tatt hensyn til gjennom hele oppgaven, ved at all informasjon har blitt skrevet på en slik måte at det ikke vil bli gjenkjent (Kvale og Brinkmann, 2015).

Under transkripsjonen av intervjuet ble det erfart at viktigheten av hvor lydopptakeren ligger i forhold til telefonen er stor. I et par av intervjuene ble lyden noe svekket på grunn av at lydopptakeren lå for nærme telefonen, noe som gjorde det utfordrende å høre noe av det informantene fortalte. Sett bort i fra dette ble transkripsjonen gjort på en god og effektiv måte hvor samarbeidet studentene imellom var godt. Det bli tidlig erfart at dette var en prosess det burde samarbeides om og at fordelingen der en stoppet og startet lydopptaket, mens den andre

skrev var en effektiv arbeidsmetode. For lettere å kategorisere og tematisere ble det valgt å skrive ut analysen. Dette gjorde prosessen lettere og studentene er fornøyd med måten dette ble gjort på. Allikevel kunne det bli brukt mer tid på denne delen da det blir sett i ettertid at det ofte var behov for å gå tilbake til analysen for å vurdere om de ulike delene var plassert under korrekt og passende tema og kategori.

Koronasituasjonen har også preget hvordan samarbeidet mellom studentene har vært, siden dette satte en stopper for å møtes fysisk. Det var i utgangspunktet planlagt å sitte hjemme og på skolen under skriveprosessen. Siden også en av studentene ble sittende i karantene var det en lang periode der det kun ble samarbeid over Skype. Dette fungerte allikevel på en god måte og det som var planlagt å gjøres ble gjort. Selv om samarbeid og skriving av oppgaven fungerte godt over Skype ses det allikevel på som en svakhet at det ble mindre fysiske møter. I slutten av skriveprosessen ble det mer fysisk samarbeid hvor studentene satt sammen og skrev. Dette preget prosessen i positiv grad da det opplevdes at å sitte sammen å arbeide var mer inspirerende og motiverende. Sett i helhet har prosessen av å skrive bacheloroppgaven fungert på en god måte ved at studentene har gjort det beste ut av situasjonen, på tross av hindringer og utfordringer på veien.

6.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har følgende forskningsspørsmål blitt undersøkt;

Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende?

Antall personer med demens er økende og behovet for tjenester og tilbud i eget hjem vil bli større (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). For at denne gruppen skal bli møtt på best mulig måte vil det ifølge Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) være viktig at helse- og omsorgstjenestene arbeider for et mer demensvennlig samfunn. Det tydeliggjøres et behov for økt kompetanse og utvikling innenfor arbeidet med personer med demens, ikke bare for ergoterapeuter, men for helsepersonell generelt (Stigen, Bjørk og Lund, 2019). Ergoterapeuters kjernekompetanse om å se samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser kommer frem som en viktighet i vurderingen av hva som hindrer deltakelse og inkludering (Laberg *et al.*, 2017). Basert på litteratur, forskning og informantenes uttalelser

kommer det frem at pårørende er en viktig del i dette arbeidet, i tillegg til at ergoterapeuter har mye å bidra med i et demensteam, med tanke på deres kompetanse om blant annet kartlegging, utredning og observasjoner i hjemmet (Gausdal, Michelet og Skarpengland, 2015). Sett i lys av dette er det tydelig at ergoterapeuter har en viktig rolle i arbeidet med personer med demens og deres pårørende.

Pårørende opplever å ta vare på et familiemedlem med demens som tyngende og som en belastning både fysisk og psykisk. Depresjon, stress og dårlig helse kan være konsekvenser av å stå i en slik situasjon (Corcoran og Gitlin, 2001). Det vil derfor være viktig å ivareta de pårørende ved å gi avlastning og støtte, slik at de kan stå bedre rustet til å ta hånd om sine nærmeste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Spørsmålet om hvordan ergoterapeuter arbeider med personer med demens og deres pårørende anses som besvart i denne oppgaven, men det tas med i betraktning at det kun er uttalelsene til fire informanter som danner grunnlaget for de resultatene som har kommet frem. Gjennom utarbeidelse av denne bacheloroppgaven har det blitt opparbeidet ny kunnskap om hvordan ergoterapeuter i demensteam arbeider med personer med demens og deres pårørende. Det tenkes at det er et behov for mer forskning på dette feltet.

“Et mer demensvennlig samfunn er et bedre samfunn for alle” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

7.0 Referanser

- Aldring og Helse (2011) *Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)*. Tilgjengelig fra: <https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/NPI-Q.pdf> (Hentet: 30.april 2020).
- Aldring og Helse (2019) *Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD); retningslinjer for administrering og skåring*. Tilgjengelig fra: https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/Cornell_Retningslinjer_Sk%C3%A5r_2019_INT00012_WEB.pdf (Hentet: 30. april 2020).
- Aldring og Helse (2020) *Fakta om demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/> (Hentet: 15. april 2020).
- Brandt, Å., Madsen, A. J. og Peoples, H. (2013) *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. utg. København: Munksgaard.
- Corcoran, M. A. og Gitlin, F. N. L. (2001) Family Caregiver Acceptance and Use of Environmental Strategies Provided in an Occupational Therapy Intervention, *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(1), s. 1-20. doi: 10.1080/J148v19n01_01.
- Creswell, J. W. (2009) *Research Design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles: SAGE.
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ergoterapeutene (2017) *Ergoterapeutenes profesjonsetikk*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/Forms/AllItems.aspx?id=%2FArkiv%2F0-Ergoterapeutenes%20organisasjon%2F05-Komiteer%20og%20utvalg%2F054-Yrkesetisk%20utvalg%2FYrkesetiske%20retningslinjer%202017%2FErgoterapeutenes%20profesjonsetikk%2Epdf&parent=%2FArkiv%2F0-Ergoterapeutenes%20organisasjon%2F05-Komiteer%20og%20utvalg%2F054-Yrkesetisk%20utvalg%2FYrkesetiske%20retningslinjer%202017&p=true> (Hentet: 22. april 2020).
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. og McHugh, P. R. (1975) "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), s. 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Gausdal, M., Michelet, M. og Skarpenland, T. (2015) Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens ; en oppgave for demensteamene og en arena for ergoterapeuter, *Ergoterapeuten*, 58(1), s. 36-41. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fFagartikler%2fDEMENSTEAM.pdf> (Hentet: 15. april 2020).
- Gramstad, A. og Nilsen, R. (2016) "Vi blir ikke brukt godt nok" ; kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper, *Ergoterapeuten*, 59(4), s. 30-39.
- Gramstad, A. og Nilsen, R. (2017) Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge, *Ergoterapeuten*, 60(3), s. 36-45. Tilgjengelig fra: https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fVitenskapelige_artikler%2fKommuneergoterapeuter_i_Norge_nr_3_2017-2.pdf (Hentet: 15. april 2020).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf (Hentet: 17. februar 2020).
- Kielhofner, G. (2010) *MOHO : modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.
- Kiran, H. A. og Nakrem, S. (2017) Ethiske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi, i Nakrem, S. og Sigurjónsson, B. J. (red.) *Velferdsteknologi i praksis; perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 100-113.

- Kirkegaard, B. (2011) Er arbeid helsefremmende? ; fra et aktivitetsvitenskapelig perspektiv, *Ergoterapeuten*, 54(4), s. 38-43. Tilgjengelig fra: [https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fFagartikler%2fEr Arbeid helsefremmende.pdf](https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fFagartikler%2fEr%2fArbeid%2fhelsefremmende.pdf) (Hentet: 15. april 2020).
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laberg, T. et al. (2017) Ergoterapeuters kjernekompetanse ; alle skal kunne delta, *Ergoterapeuten*, 60(6), s. 54-56. Tilgjengelig fra: https://ergoterapeutene.sharepoint.com/_layouts/15/guestaccess.aspx?docid=098bea7743a9640b9bbd1993f3584c64c&authkey=AVI55sL39nOEU7RqvtabBCo&e=6ec291850e4248b1a8125d35132d9531 (Hentet: 15. april 2020).
- Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nakrem, S. (2017) Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring, i Nakrem, S. og Sigurjónsson, B. J. (red.) *Velferdsteknologi i praksis; perspektiver i teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 67-82.
- Ness, N. E. (2011) *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse : et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir akademisk.
- Smedslund, G., Siqveland, J. og Leiknes, A. K. (2015) *Måleegenskaper ved Klokketesten*. (Rapport fra Kunnskapscenteret 16-2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_16_klokke_testen.pdf (Hentet: 30. april 2020).
- Stigen, L., Bjørk, E. og Lund, A. (2019) The Conflicted Practice: Municipal Occupational Therapists' Experiences with Assessment of Clients with Cognitive Impairments, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(4), s. 261-272. doi: 10.1080/11038128.2018.1445778.
- Strobel, C. et al. (2018) *Manual Norsk Revidert Trail Making Test (TMT-NR3)* Tilgjengelig fra: https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/TMT-NR3_AoH_Manual_2018_4UhFcRC.pdf (Hentet: 30. april 2020).
- Taylor & Francis Group (2020) *About our journals*. Tilgjengelig fra: <https://taylorandfrancis.com/journals/> (Hentet: 16. april 2020).
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. 2. utg. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 – søkehistorikk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
1. Occupational therapy 2. Dementia 3. Dependents 4. Home	Cinahl	1 2 3 1 and 2 and 3 and 4	34430 57546 87824 175033 4	Family Caregiver Acceptance and Use of Environmental Strategies Provided in an Occupational Therapy Intervention

8.2 Vedlegg 2 – informasjonsbrev

Vil du delta i forskningsprosjektet **«Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om hvordan ergoterapeuter jobber i demensteam i kommunen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2020. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til personer med demens og deres pårørende. Vår problemstilling er «Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende». Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten og har respondert på vår forespørsel om å delta i vårt forskningsprosjekt. Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med *arbeid i demensteam*. Intervjuet vil bli tatt opp og transkribert ordrett, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Camilla Bekkevold og Karoline Aasen Fossum, veileder og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.20. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Camilla Bekkevold, epost: camillaabekkevold@gmail.com, telefon: 95968104
- Karoline Aasen Fossum, epost: karolineaaf95@gmail.com, telefon: 97631732
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019
 - Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no , telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Camilla Bekkevold og Karoline Aasen Fossum

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan jobber ergoterapeuter i demensteam med personer med demens og deres pårørende?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i individuelt intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.3 Vedlegg 3 – intervjuguide

Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Takk for at du vil stille opp. • Introdusere oss selv • Innhente samtykke • Taushetsplikt: <p>- Kun oss og prosjektansvarlig Linda Stigen som har tilgang til dine opplysninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymitet: <p>- Ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at verken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sletting av opptak etter endt datainnsamling: <p>- Prosjektet skal avsluttes 01.juli 2020, opptaket og alle personopplysninger om deg vil derfor bli slettet etter prosjektslutt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spør om noe er uklart
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none"> • Start opptak • Kort presentasjon av hver enkelt: <p>- Navn, alder, yrke og arbeidsplass.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdusere oppgavens formål er undersøke hvordan ergoterapeuter arbeider i demensteam med personer med demens og deres pårørende.

Hoveddel- spørsmål knyttet opp mot deres tema

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Du jobber i demensteam i kommunen; Hvor lenge har du jobbet der? • Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut? • Hvilke andre yrkesgrupper jobber du sammen med i demensteamet? • Hvilken rolle har du som ergoterapeut i demensteamet du jobber i? 	<p>Forslag til oppfølgingsspørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig møter? • Hva føler du rundt din rolle i teamet? • Hvilke forventninger har teamet til deg som ergoterapeut (oppgaver som skal gjøres)
2	Tematiske spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan ser en typisk arbeidsdag ut for deg i demensteamet? • Hva er dine typiske arbeidsoppgaver? • Benytter du deg av noen spesielle kartleggingsverktøy, i så fall hvilke verktøy er dette? • Kan du si litt om hvordan du bruker resultatene fra kartleggingen? • Igangsetter du tiltak basert på kartleggingen? I så fall, hvilke tiltak? 	<p>Forslag til oppfølgingsspørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis de ikke arbeider med pårørende; Kunne du tenke deg å gjøre dette? Hva tror du er grunnen til at du ikke gjør dette?

		<ul style="list-style-type: none"> • Kan du si litt om hvordan du arbeider med pårørende? 	
3	Oppsummerende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere funn • Er det noe dere ønsker å legge til? 	

Avslutning

	Takke for deltagelse Skru av diktafon
--	--

