



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

Fysiska och institutionella miljöns betydelse i ADL för personer med demens -Arbetsterapeuters erfarenheter-

Författare: Laurence André
Charlotte Zadik

Handledare: Elizabeth Hedberg-Kristensson

December-06

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

December -06

Fysiska och institutionella miljöns betydelse i ADL för personer med demens.

-Arbetsterapeuters erfarenheter-

Författare: Laurence André och Charlotte Zadik

En demenssjukdom är en hjärnskada som påverkar hjärnans olika funktioner främst kognitiva, beroende på vilken del av hjärnan som är drabbad. Demenssjukdomar påverkar aktivitetsutförandet och därmed även hälsa och välbefinnande. Risken för att få en demensdiagnos ökar med stigande ålder. Befolkningen ökar och blir allt äldre. Detta leder till att trycket på vårdapparaten ökar eftersom allt fler behöver vård. Kostnader för vård av personer med demens stiger och kommer att öka ännu mer om inte insatser sätts in tidigare och därför krävs det även hjälp från kommunerna. Den fysiska hemmiljön kan hindra eller stödja personen med demens i sina aktiviteter i det dagliga livet samtidigt som den institutionella miljön kan bidra med åtgärder för ett bättre välbefinnande hos personen. Syftet med denna studie var att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av den fysiska och institutionella miljöns betydelse för personer med demens i aktiviteter i det dagliga livet. Fyra intervjuer gjordes med kommunarbetsterapeuter. De anser att den fysiska miljöns utformning spelade mycket stor roll om personer med demens upplevde välbefinnande, självständighet och oberoende eller hade en känsla av otrygghet, beroende och passivitet. Detta är viktigt eftersom åtgärderna är väldigt individuella och ständigt skiftar i takt med att sjukdomsförloppet fortgår. Vidare så tyckte arbetsterapeuterna i studien att man måste lägga mer vikt på ADL-träning i klientens fysiska miljö för att bevara dennes förmågor. Det uppmärksammades också att utbildning av personal och anhöriga borde prioriteras för att utveckla demensvården så att de som drabbas får den ultimata vård som sjukdomen kräver.

Nyckelord: Demens, Fysisk miljö, Institutionell miljö, ADL, Åtgärder, Kommunen

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Förord

Tre år och mer än 100 poäng senare var vi äntligen framme vid examensarbetet. Detta examensarbete, omfattande 10 poäng, har arbetats fram vid Sektionen för Arbetsterapi och Gerontologi inom arbetsterapeututbildningen vid Lunds Universitet.

Vi vill lyfta fram Elizabeth Hedberg- Kristensson som har visat på ett utomordentligt handledarskap genom sitt djupa engagemang, intresse och stöd. Tack Elizabeth!

Vi vill även tacka mellanhanden och de fyra arbetsterapeuterna som tog sig tid och som gjorde att studien var möjlig att genomföra.

Stort tack även till verksamhetschefen!

Sedan vill vi givetvis tacka våra familjer för deras stöd och tålamod under arbetets gång.

Sist men inte minst så tackar författarna varandra för ett kompletterande samarbete och för många givande stunder tillsammans.

Charlotte & Laurence

Lund December 06

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	3
1.1. Inledning	3
1.2. Demens	3
1.3. Arbetsterapi och demens.....	4
1.4. Miljöns betydelse för personer med demens	6
2. Syfte.....	7
2.1. Frågeställningar	7
3. Metod.....	8
3.1. Urvalsförfarande.....	8
3.2. Datainsamling - Intervju	9
3.3. Procedur.....	9
3.4. Bearbetning av den samlade informationen.....	10
3.5. Etiska överväganden.....	10
4. Resultat	11
4.1. Aktivitet	12
4.2. Miljö	13
4.2.1. Utformning och hinder	13
4.2.2. Bostadsanpassning och åtgärder	14
4.3. Arbetsterapeuters visioner	15
5. Diskussion	16
5.1. Metoddiskussion.....	16
5.2. Resultatdiskussion.....	17
5.3. Visioner för framtiden.....	20
6. Slutsatser	21
7. Referenslistan.....	23
8. Bilagor.....	27

1. Bakgrund

1.1. Inledning

Enligt en vetenskaplig studie som Statens Beredning för medicinsk Utvärdering presenterade (SBU, 2006) så ökar risken för att drabbas av en demenssjukdom efter 65 år. På grund av att antalet äldre blir allt fler samtidigt som allt fler äldre lever längre, ökar antalet personer med demenssjukdom över hela världen. Kostnaden för vården av personer med demenssjukdom ligger i dagsläget på cirka 40 miljarder kronor, en siffra som kommer att stiga med åren eftersom en stor del av denna kostnad omfattar institutionsvård. Majoriteten av personer med demenssjukdom är i behov av ständig omvårdnad och tillsyn (Wijk, 2004). Det svenska samhället uppmuntrar idag vård av äldre i hemmen istället för institutionsvård. Målet för många kommuner är att sjuka och funktionshindrade ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt med stöd och hjälp från samhället. I Socialtjänstlagen (2001: 43) påtalas att Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra. En av grundtankarna till att personer med demens ska bo kvar i eget boende så länge som möjligt bygger på att de antas bibehålla sin förmåga och sina funktioner så länge som möjligt om de får möjligheter att vara aktiva och engagerade i invanda sysslor i sin välkända miljö (Nygård, 2004). Problem som uppstår när en person drabbas av en demenssjukdom leder till att personen till slut inte kan klara sig själv vilket ökar den fysiska och psykiska belastningen på personal och anhöriga samt utgör en ekonomisk belastning för kommunen. Detta har lett till diskussioner i samhället om hur man ska lösa de problem som uppstår i samband med demenssjukdomar. Dock finns det väldigt få vetenskapliga belegg som bevisar att detta verkligen stämmer vilket gör att diskussionerna sällan leder till några förändringar (Rosén, 2005).

1.2. Demens

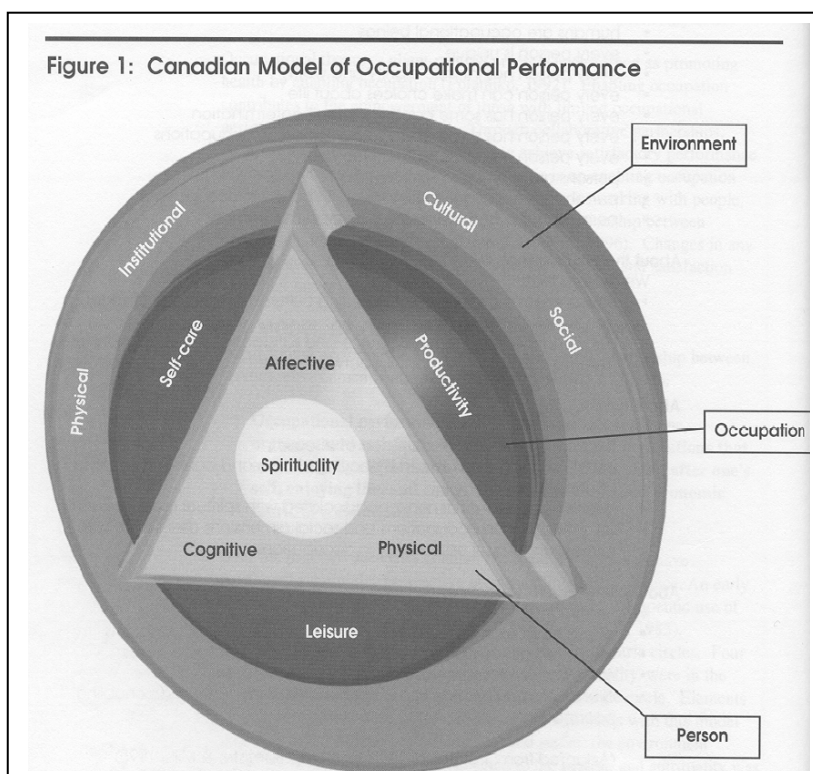
Demens är ett neuropsykologiskt sjukdomstillstånd som är präglad av allmän och handikappande nedgång i psykiska, intellektuella, sociala och praktiska förmågor i skiftande kombinationer (Eriksson, 2001). Vidare skriver författaren att minnesstörningar är det mest karaktäristiska sjukdomstecknet men något av följande symtom ingår också: försämrad tanke-, kommunikations- och orienteringsförmåga samt nedsatt praktisk förmåga det vill säga större

svårigheter att upprätthålla inlärd färdigheter eller att klara vardagssysslor. Dessutom ska sjukdomsbilden ha orsakats av någon hjärnsjukdom eller annan förvärvad hjärnskada vilket betyder att samtliga demenstillstånd är organiska och varaktiga (Eriksson, 2001). Alzheimers sjukdom är den vanligaste förekommande demenssjukdomen och cirka 60 % av de människor som drabbas av någon form av demenstillstånd får diagnosen Alzheimers (SBU, 2006). Vidare skriver författaren att Alzheimers sjukdom kan observeras redan i 35- års ålder men majoriteten av klienterna är över 80 år. Personer med Alzheimer har under en lång tid insikt om sin situation och plågas av detta, med ångest och oro som följd, medan deras förmåga till insikt sakta avtar. Parietal- och temporalloberna angrips mest vilket ger upphov till språkstörningar och orienteringssvårigheter. Då frontalloberna angrips blir följden emotionella förändringar och beteendeförändringar med inslag av hämningslöshet och aggressivitet (Cullberg, 2003). Den näst vanligaste demensformen är vaskulär demens, som även benämns multiinfarkt demens, vilket står för cirka 10 % av demensdiagnoserna (SBU, 2006). Detta tillstånd beror på sjukdomsförändringar i hjärnans blodkärl och följdverkningarna på hjärnvävnaden. Ofta förekommer vaskulär demens samtidigt med Alzheimers sjukdom, så kallad blanddemens (Cullberg, 2003). Karaktäristiska symtom är psykisk långsamhet samt svängningar i funktionsförmåga och medvetenhet till följd av en ojämn blodgenomströmning i hjärnan. Vilka symtom en person med demens drabbas av är helt beroende av vilken del av hjärnan som blivit angripen.

1.3. Arbetsterapi och demens

Enligt Townsend (2002) fokuserar arbetsterapi på individens aktivitet för att främja hälsa och välbefinnande. Individen utövar aktiviteter i samspel med miljön vilken kan möjliggöra eller hindra individen i hennes aktivitet (Townsend, 2002; Kielhofner, 2002). Personer med demens behöver hjälp och stöd för att kunna tolka och uppfatta omgivningen och arbetsterapeuten kan underlätta aktiviteter för att stödja personer med demens så att de kan återta kontroll över sin omgivning och vardag (Rogers, 1986). Målet för arbetsterapeuten är att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv utifrån sina egna önskemål, behov och i förhållande till omgivningens krav (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2005). Aktiviteter och träning har starka funktions- och personlighetsbevarande effekter. Detta ger en viktig känslomässig stimulans även om klienten har ett till synes mycket dåligt minne (Malmöhus läns landsting, 1994). En demenssjukdom innebär bland annat att man får allt svårare att förstå sin omgivning,

tidsbegreppen sviktar och känslan av kontroll och sammanhang går förlorad. Det är därför viktigt att man som personal bibehåller respekten för personen med demens. Vidare beskriver rapporten att man medvetet måste skapa en miljö som inger trygghet och självrespekt. Det är även viktigt att arbetsterapeuten, vid bedömning av patientens svårigheter och resurser, tar ställning till patientens motivation. När sjukdomsinsikt och andra själsliga förmågor brister kan klienten inte i vanlig bemärkelse träna de nedsatta funktionerna. Ett sätt att aktivera, träna och hålla förmågor levande är att utgå ifrån klientens vilja, motivation/lust att göra det de vill.



Tillstånd

av Lisa Sheehan, publications manager, CAOT, December 1, 2006.

Modellen visas i original skick.

Fig.1. Canadian Model of Occupational Performance(CMOP).

Vikten av att arbeta klientcentrerat beskrivs i den arbetsterapeutiska begreppsmodellen Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (se fig. 1). I denna ingår begreppet aktivitet som bland annat består av aktiviteter i det dagliga livet (ADL), aktiviteter som handlar om att ta hand om sin egen kropp och klara sig i vardagen. Personlig ADL (P-ADL) är aktiviteter som till exempel att duscha, klä på sig och äta. Instrumentell ADL (I-ADL) är aktiviteter där individen interagerar med den omgivande miljön för ett självständigt liv. Exempel på I-ADL kan vara att handla mat, ta bussen samt att uppehålla och bibehålla rutiner för hälsa (Youngstrom, 2002).

Nygård (1996) menar att personer med demens som har svårigheter i ADL upplever ett sämre välbefinnande och är i behov av åtgärder inom detta område. Det finns flera olika strategier i den fysiska miljön som kan underlätta för personer med demens. Ett exempel kan vara att få hjälp att ta bort onödiga saker eftersom det krävs tydlighet eller att skaffa fasta rutiner så att personen med demens undviker att spendera energi för att hitta rätt i hemmet (Månsson & Brun, 2002). Borell (1992) förklarar vidare att det är viktigt att arbetsterapeuten och de som vårdar personer med demens använder sig av sina kunskaper om individens intressen, rutiner och livshistoria när de planerar aktiviteter.

1.4. Miljöns betydelse för personer med demens

CMOP beskriver miljön som den kontext där aktivitetsutförandet äger rum (Townsend, 2002). Modellen betonar olika miljöer såsom den fysiska och institutionella. Fysisk miljö består av naturlig eller byggd miljö och institutionell miljö beskriver stat, kommun, landsting (Townsend, 2002). Den fysiska miljön har stor betydelse inte minst när en person drabbas av sjukdom. När man blir äldre påverkas möjligheterna att rätt uppfatta och förstå omgivningen som därför inte får vara otydlig eller svårtolkad (Wijk, 2004). Utformningen av den fysiska miljön är därför viktig eftersom demenssjukdomen kan medföra risk för feltolkningar och missförstånd (Sandman 1986). Detta i sin tur kan skapa osäkerhet och stress med ett ökat beroende som följd (Mozley, Huxley & Cordingly, 1999).

En god fysisk miljö skall underlätta för personen med demens och inge trygghet och välbefinnande. Den skall vara till hjälp för att personer med demens ska kunna klara sig själv, kunna hitta och förstå sin omvärld (Malmöhus läns landsting, 1994). I hemmiljön kan personer med demens få möjlighet att känna sig kompetenta genom att kunna orientera sig i verkligheten (Nygård, 1996). Wijk (2004) betonar sambandet mellan en genomtänkt design för äldre och livskvalitet. Vidare påpekar hon att utformningen av den fysiska miljön är betydelsefull eftersom det fortfarande är viktigt att kunna använda den mentala förmågan och utföra aktiviteter i det dagliga livet när man är drabbad av en demenssjukdom. Demenssjukdomar kräver ofta långtidsvård och därför är designen av den fysiska miljön oerhört viktig för att öka individens förmågor och välbefinnande (Cooper & Day, 2003). Den institutionella miljön ger personer med demens möjlighet till att få hjälp i hemmet med olika stödinsatser såsom assistans och/eller hjälpmedel. Vidare skriver författarna att den institutionella miljön kan bidra med ekonomiska resurser för att utforma byggnader som är anpassade till personer med demens. Detta kan

långsiktigt leda till ett ekonomiskt sparande för samhället (Rosén, 2005) eftersom personen kan bo kvar hemma ytterligare ett tag med en boendemiljö som är anpassad efter deras behov (Nygård, 1996). Vidare skriver Rosén (2005) att kvarboende initialt är en billigare boendeform än institutionsvård men när begränsningarna blir så stora att personen med demens måste ha vård dygnet runt bör man fundera på vilket boende som är lämpligast.

Författarnas intresse att studera arbetsterapeuters erfarenheter av fysisk, institutionell miljö, ADL och demens uppstod under utbildningens gång. Demens är ett ständigt aktuellt område och i framtiden kommer fler arbetsterapeuter att bli allt mer involverade i arbete för denna målgrupp eftersom befolkningen ökar och blir allt äldre. Dessutom fann författarna mycket intressant litteratur som tydligt visade på att det ofta finns brister i den fysiska miljön som kan leda till aktivitetsproblem. Detta ville författarna undersöka för att se om det stämmer överens med verkligheten eftersom det tillhör vår yrkesroll att öka individens aktivitetsförmåga och självständighet. Som redan påpekats kan insatser leda till stort ekonomiskt sparande för samhället anser Rosén (2005). Författarna till studien tycker att det är ett spännande område att studera och detta har lett fram till syftet.

2. Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av den fysiska och institutionella miljöns betydelse i aktiviteter i det dagliga livet för äldre personer med demens.

2.1 Frågeställningar

1. Vilka aktivitetsproblem i ADL uppstår i samband med demenssjukdomar?
2. Finns det hinder i den fysiska miljön och vilken betydelse har den fysiska miljöns utformning för personer med demens?
3. Vilka åtgärder i den fysiska miljön använder arbetsterapeuterna för personer med demens?
4. Vad har arbetsterapeuterna för önskemål för den framtida demensvården?

3. Metod

Studien bestod av en kvalitativ inriktad undersökning (Patton, 2002) där den fysiska miljön hos personer med demenssjukdom belystes samt dess påverkan på ADL. Intervju med egenhändigt utformad intervjuguide användes. Studien genomfördes inom en medelstor kommun samt tre kringliggande mindre kommuner i södra Sverige.

3.1. Urvalsförfarande

Kontakt togs med en arbetsterapeut (mellanhand) tjänstgörande inom kommunal äldreomsorg för att få hjälp med att genomföra denna studie. Mellanhanden hjälpte till att välja ut fyra potentiella arbetsterapeuter efter givna urvalskriterier. Storleken på urvalet och kriterierna anpassades efter studiens syfte. Ett sådant urval används för djupare studier som kan ge kunskap om gemensamma, och viktiga aspekter (Patton, 2002). Denne rekommenderar också ett litet homogent urval vid djupgående studier. Tidsaspekten för studiens genomförande medförde att författarna valde antalet intervjupersoner till fyra stycken. Fyra till sju personer anses vara ett tillräckligt antal för studiens omfattning. Data från ett sådant antal kan vara tillräckligt för att ge ett rikt material (Malterud, 1998).

Arbetsterapeuterna var kvinnor som var kommunanställda och arbetade med personer som har demenssjukdomar och som bor hemma. (Se tabell 1). De potentiella deltagarna fick ett informationsbrev av mellanhanden att läsa och ta ställning till och därefter meddelade sitt ställningstagande till denne.

Tabell 1. Urval av arbetsterapeuter som deltog i studien.

Kön	Kommun	Examensår	Demens utbildning	Arbetsområde
Kvinna	01	1981	Ja	Korttidsboende
Kvinna	02	2005	Nej	Äldreboende och gruppboende
Kvinna	03	1993	Nej	Distrikt
Kvinna	04	1992	Ja	Äldreboende och gruppboende

3.2. Databesamling - intervju

Frågeguiden (se bilaga 1) konstruerades ut efter syftet och relevant litteratur, och med utgångspunkt utifrån CMOP: s områden person, aktivitet, miljö. Semistrukturerad intervjun bestod av öppna frågor för att uppmuntra till så mycket information som möjligt. Den yttre miljön är viktig att beakta i en intervjusituation därför att miljön kan kännas stödjande men också främmande och skrämmande för deltagaren. Författarna lät därför arbetsterapeuterna få bestämma plats för intervjuerna vilket Ekholm & Fransson (1992) anser vara lämpligt.

Vid intervjutillfällena var båda författarna närvarande varav en tog på sig rollen som intervjuare medan den andre var åskådare och observerade. Intervjuerna spelades in på band så att intervjuaren kunde koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjun (Kvale, 1997).

Patton (2002) och Bell (2000) anser att intervjuaren kritiskt ska granska sina frågor innan intervjun sker för att öka validitet och reliabilitet av studien. Därför frågade författarna två utomstående arbetsterapeuter om hjälp för att granska frågorna.

3.3. Procedur

Kontakt togs med verksamhetschef i en medelstor kommun i Skåne som ansvarade för äldreomsorgen för att informera om studien och för att fråga om tillstånd för att genomföra studien. Då denne gett sitt samtycke kontaktades mellanhanden som därefter lämnade över informationsbrev angående studien till kommunens samtliga arbetsterapeuter. Kriterierna utökades så att även tre närliggande kommuner kunde kontaktas. Med hjälp av snöbollsmetoden fick vi till slut hjälp att hitta rätt antal deltagare. Snöbollsmetoden innebär att man tar kontakt med ett nätverk av personer som kan ha intresse för studien och sedan ber dem höra med personer i sin omgivning om de har tips på andra personer som kan verka intresserade av just denna studie (Patton, 2002). Efter etiskt godkännande kontaktades var och en av arbetsterapeuterna för att bestämma tid och plats för att utföra intervjuerna. Vid detta tillfälle informerade vi på nytt om syftet med studien och förtydligade även att medverkan var frivillig och att vi bevarade deras konfidentialitet. Intervjuerna varade mellan 45 minuter och en och en halv timme och genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. För att skapa en naturlig dialog och undvika onödiga avbrott för att skriva ner svar användes bandspelare under samtliga intervjuer. Enligt Trost (1997) kan man då koncentrera sig på frågor och svar.

3.4. Bearbetning av den insamlade informationen

Data från intervjuerna bearbetades enligt en kvalitativ fenomenologisk analysmetod (Kvale, 1997; Patton, 2002). När intervjuerna var avslutade skrevs informationen ordagrant ner från bandspelaren och detta menar Patton (2002) är det första steget i analysen eftersom när intervju och data är färska kan insikter dyka upp och därmed minimera risken att förlora data.

Klassificering enligt Straight description metoden (Schatzman & Strauss, 1973) användes för att analysera data. Metoden belyser att forskaren accepterar och använder teori och organiserade schema som är välkänt inom gällande område. Analysmetoden går vidare ut på att man länkar ihop de olika klasserna som man får fram för att kunna skapa ett klassificeringsschema. CMOP - modellen användes som schema för att kunna strukturera upp analysen det vill säga de använde sig av modellens olika områden när genomgång av analysen skedde.

Dataanalysen började med att transkriptioner lästes igenom enskilt för att öka trovärdigheten av studien. Patton (2002) menar att om mer än en person arbetar med samma analys och kommer fram till samma resultat är det mer trovärdigt att man enskilt utvecklar sitt eget klassificeringssystem för att sedan jämföra och diskutera likheter och skillnader. Vidare så användes olika färgpennor, som Patton (2002) rekommenderar, för att notera de olika delarna som framkom genom anteckningarna. Detta bidrog till att kunna organisera in datan i olika klasser utifrån CMOP - modellen. Detta var till stor hjälp för att hitta olika koncept. Begreppet aktivitet begränsades till frågor inom ADL och aktivitetsproblem, miljöfrågorna innefattade endast fysisk och institutionell och frågor på personnivå berörde deltagarnas erfarenheter av olika demenssjukdomar och dess konsekvenser hos vårdtagaren.

När vi var färdiga med vårt eget klassificeringssystem jämfördes dem och studering av likheter och skillnader påbörjades. Det visade sig att de båda klassificeringssystemen stämde väl överens med varandra gällande funna resultat däremot fick underrubrikerna bearbetas tillsammans. Olika likheter och likheter diskuterades för att öka trovärdigheten och efter en hel del möten var analysen av samtliga data klar och vi kunde börja skriva ner resultaten av fältstudierna.

3.5. Etiska överväganden

Efter etisk granskning kunde författarna sätta igång med studien. Den information som intervjuerna gav behandlades konfidentiellt vilket författarna garanterade deltagarna. Banden med de intervjuer som fördes samt övrigt material med information kring deltagare förvarades på

ett säkert sätt så att inga obehöriga fick tillgång till materialet. Materialet förstörs efter att studien är färdig.

4. Resultat

De viktigaste delarna ur intervjuerna som belyser arbetsterapeuternas erfarenhet av demensvården har tagits fram. Efter analysen upprättades, två huvudkategorier utifrån CMOP: aktivitet (P/I-ADL) och miljö (fysisk, institutionell). Sedan tillkom utformning, åtgärder och bostadsanpassning samt arbetsterapeuters visioner, som ingick som underkategorier i miljö (Se fig. 2).

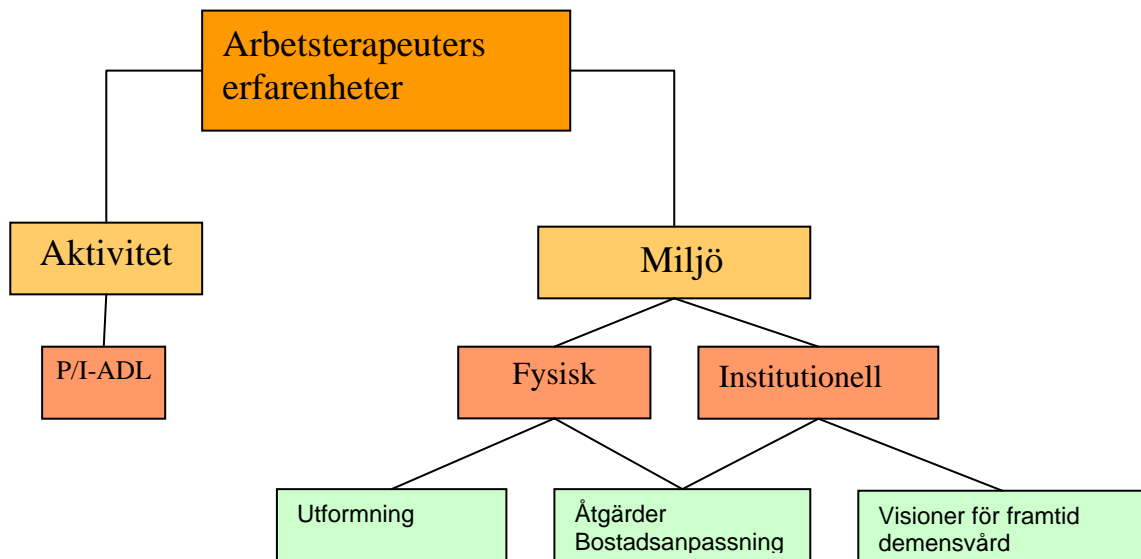


Fig. 2. olika område utifrån arbetsterapeuters erfarenheter

4.1. Aktivitet

Problem i olika aktiviteter börjar i och med minnesförsämringen enligt samtliga arbetsterapeuter i studien. De menar att personen med demens glömmet spiskplattor på och inte kan orientera sig i tid och rum.

Aktivitetsproblem uppstår först i I-ADL (enligt samtliga arbetsterapeuter). En av dem förklarar att detta beror på att dessa kräver mer förmåga att kunna utföra olika moment i en aktivitet. De

problem som samtliga arbetsterapeuter nämner inom I-ADL området är att förflytta sig, handla, hitta hem, tvätta, sophantera, laga mat och städa.

Att personer med demens har P-ADL förmågorna välbehållna ganska länge menar två arbetsterapeuter beror på rutiner och vanor samt att de är motoriskt rörliga i början. En av arbetsterapeuter förklarar vidare att

”ADL fungerar som en autopilot som sätts igång varje gång de ska göra något.”

Enligt tre av arbetsterapeuter så tappar personen med demens sedan mer och mer i även P-ADL eftersom det sker en successiv försämring i hjärnan. De beskriver mer aktivitetsproblem när även P-ADL börjar svikta. Inom P-ADL finner alla arbetsterapeuter problem hos personer med demens i att sköta sina måltider och äta, klä på sig, duscha, borsta tänderna och andra färdigheter inom hygien som kan vara ett problem då de inte hittar till exempel toaletten.

Tre av arbetsterapeuter bedömer aktivitetsproblem hos personer med demens genom att använda ADL - status samt ostrukturerade metoder som intervju och observation. Vidare menar två arbetsterapeuter att de arbetar klientcentrerat och att de alltid har personen i centrum när de lägger upp behandling.

Samtliga arbetsterapeuter berättar att anhöriga är viktiga och att de stödjer personen mycket i ADL, till en början mest i I-ADL och sedan alltmer även i P-ADL. En arbetsterapeut säger att personen med demens blir mer passiv om den bor tillsammans med någon eller om någon anhörig hela tiden ställer upp eftersom dessa då ofta gör sakerna åt personen och tar ifrån dem deras självständighet. En annan arbetsterapeut poängterar dock att det är viktigt att personen med demens får stöd på annat håll, när sjukdomen gått så pass långt, om det inte finns någon anhörig.

För att behålla automatiserade och fysiska förmågor så länge som möjligt menar två arbetsterapeuter att det är viktigt att man tränar personerna i ADL i hemmet för att bevara deras självständighet.

4.2. Miljö

4.2.1. Utformning och hinder

Samtliga arbetsterapeuter berättar att då de gör hembesök visar det sig att det ofta rör sig om mycket omoderna och enkla bostäder. De förklarar att hemmen ofta består av många hinder

såsom höga trappor, badrum på ovanvåningen och nivåskillnad till tvättstuga. Vidare berättar två arbetsterapeuter att hindren ökar om man har kommit långt i sin sjukdom. En av dem säger:

”... om en person med demens behöver lift och hjälp med att förflytta sig kanske man även måste göra bostadsanpassning på grund av att toaletten är för trång och ingången för smal”.

Det största hindret i den fysiska hemmiljön som samtliga arbetsterapeuter beskriver är problem med att hantera spisen på grund av minnesbesvär. De underlättar spishantering med en spisvakt. Dessutom påpekar en arbetsterapeut att det finns flera andra faror i hemmet:

”... kakelugnar kan vara direkt livsfarliga och i värsta fall kan de bränna upp hela sin bostad.”

Tre arbetsterapeuter påpekar att utformningen av den fysiska miljön ska vara tydligt utformad och att onödiga saker bör plockas bort så att personen kan hitta i sitt hem trots orienteringsproblem. Samtidigt menar samtliga arbetsterapeuter att man inte får ändra för mycket och plocka bort välkända föremål i deras hemmiljö därför att det kan leda till att de blir mer oroliga. De säger vidare att den fysiska miljön inte får bidra till för mycket intryck för detta kan stressa dem.

På grund av kognitiva besvär kan man, som en arbetsterapeut förklarar, underlätta för personen med demens genom att skapa ljusa miljöer med öppna ytor så att denne lättare kan hitta rätt i sitt hem. Eftersom demenssjukdomen leder till att personen får mer problem med orienteringsförmågan menar samtliga arbetsterapeuter att den fysiska miljön kan stödja dementa personer i deras aktiviteter i hemmen genom att man hjälper dem att skapa struktur. De tycker vidare att strategier i den fysiska miljön är bra åtgärder för att lösa dessa problem. Det kan vara att hjälpa personen med demens att organisera i hemmet så att de viktiga sakerna ligger mer synliga i skåp och garderober.

4.2.2. Bostadsanpassning och åtgärder

Samtliga arbetsterapeuter förklarar att personer med demens oftast får bostadsanpassningar när sjukdomsförloppet har kommit in i ett senare skede. Bostadsanpassningarna är individuella och de vanligaste ärendena är att sätta in spisvakt, ramper, bredda dörrar och installera duschplats

istället för badkar. Arbetsterapeuterna menar att bostadsanpassningar kan vara både positivt och negativt för personen med demens. Tre av dem förklarar vidare att bostadsanpassningar gör personer med demens mer aktiva, underlättar problemen och ger personen mer resurser till att göra annat. En arbetsterapeut säger att däremot det enklaste hjälpmedlet som spisvakt kan göra att personen kan fungera i hemmet något halvår till, medan en annan arbetsterapeut påpekar att

”... ny spis, mikrovågsugn och nya kranar kan... röra till det för personen”.

Sedan menar en arbetsterapeut att bostadsanpassningar gör personen mer självständig och att

”... det största förvirringsmomentet handlar om alla myndigheter, papper och personer som den dementa personen kommer i kontakt med”.

Två arbetsterapeuter berättar att det är viktigt att låta miljön vara som den alltid varit för att bevara deras vanor och rutiner och minska nya intryck som leder till mer förvirring. De belyser att det är viktigt att bevara det gamla genom att lyssna på deras livshistoria och olika intressen eftersom detta underlättar för arbetsterapeuten när denne ska hjälpa personer med demens att inreda hemmiljön på bästa sätt med exempelvis gamla möbler och foton. Dessutom menar en av arbetsterapeuterna att äldre musik och bilder kan skapa trygghet. Samtidigt säger denne att personer med demens behöver stimulans av alla sina sinnen för att behålla sina förmågor, att det är viktigt för personen med demens att

”... vistas i olika miljöer eftersom de annars gärna begränsar sig till sin närmiljö”.

En annan arbetsterapeut berättar att man kan hjälpa personen med demens att känna sig trygg genom att skapa en fysisk hemmiljö som uppmuntrar till aktivitet. Till exempel så menar denne att ljusa miljöer med öppna ytor skapar en inre harmoni medan mörka mattor kan upplevas som svarta hål vilket kan verka skrämmande. Avledande strategier såsom mörka mattor, draperier för dörrar eller växter som skymmer utgångar kan även fungera som skyddsåtgärder för att undvika bland annat rymningar enligt en arbetsterapeut. Samtliga arbetsterapeuter menar att anhöriga ofta står för skyddsåtgärder och därför är det bra att informera dem om dessa strategier. Två av dem påpekar att även olika slags larm såsom rörelselarm och sänglarm kan vara goda skyddsåtgärder för att förhindra att personen går vilse eller rymmer. Dessutom nämner en arbetsterapeut att man

som personal kan ge anhöriga tips och strategier för att underlätta och stimulera personen i sin fysiska miljö. Ett exempel kan vara att man rekommenderar de anhöriga att låta det som är viktigt ligga väl synligt i kylan och gömma undan mer onödiga saker längre ner i kylan. Andra exempel kan vara att förvara kaffetillbehör vid kaffeautomaten, att man hjälper dem att rensa i garderoben, sortera tvätt, sätta upp lappar med vad som ska göras varje dag och guidar personen vid behov.

Samtliga arbetsterapeuter säger att det handlar om mycket hjälpmedel när man arbetar med personer med demens i en senare fas. Tre av dem påpekar att rollator inte är ett bra hjälpmedel i den fysiska miljön eftersom de ofta glömmer bort den eller att den står i vägen. En arbetsterapeut säger att

... rollatorn Opal Futura fungerar väldigt dåligt bland dementa personer eftersom de inte förstår vilket som är fram och bak”.

I ett senare skede av demenssjukdomen förskrivs större hjälpmedel såsom toalettförhöjare, rullstol och lift med komfortsegel.

4.3. Arbetsterapeuters visioner för framtida demensvård

En kontaktperson, hade enligt en arbetsterapeut varit den ultimata insatsen för personer med demens eftersom de kan ha en regelbunden kontakt, följa upp sjukdomen samt hjälpa dem att fungera i vardag med strategier, råd och tips. Kontaktpersonen kan även se till att den dementa personen undviker att leva i misär. Förutom kontaktperson så belyser tre arbetsterapeuter att demenssjuksköterska (demens-ssk) och demensteam är att föredra för optimal behandling och bedömning av demenssjukdomar. Vidare vill tre arbetsterapeuter få mer utbildning inom demensområdet för att kunna handleda personal på bästa sätt samt att det finns mer personal tillgänglig som kan handleda och stötta övrig personal. Detta ger ökade förutsättningar för att bemöta personer med demens på ett korrekt sätt. Två arbetsterapeuter anser att det borde finnas resurser så att personer med demens ska kunna bo hemma så länge som möjligt eftersom

”... det blir mycket oroliga av att bli förflyttade till ett annat boende och en del kommer aldrig igång igen...”.

En arbetsterapeut avslutar med att kommentera det hela så här:

” Jag hoppas att kommunerna vet hur många dementa personer det finns ute i hemmen och att anhöriga behöver hjälp. Alla har rätt till ett bra bemötande och jag önskar att det byggs mer bra demensboenden samt att personalen blir mer utbildade inom området så att utvecklingen... går framåt så att alla kan bli väl omhändertagna i framtiden!”.

5. Diskussion

5.1. Metoddiskussion

Det var mycket svårt att få tag på deltagare till studien och detta på grund av att vi begränsade oss till en kommun. Därför borde vi ha inkluderat fler kommuner redan från början. I våra kriterier skulle vi också ha inkluderat arbetsterapeuter som också har erfarenheter av personer med demens även om de inte arbetar specifikt med detta just nu.

Urvalet av antalet deltagare i studien kan anses vara litet men hade fler intervjuer gjorts hade studien varit för omfattande och tidskrävande. Patton (2002) menar att validitet, meningsfullhet och insikter som genereras genom kvalitativa metoder har mer att göra med hur pass rik informationen är i den enskilda studiens fall och de observerbara och analytiska förmågorna hos forskaren snarare än storleken på studien. Varje respondent gav tillräckligt med information så att ett genomförande av studien var möjligt.

Vi bad två utomstående arbetsterapeuter att granska frågeguiden innan själva intervjuerna till studien ägde rum för att påvisa eventuella brister med frågorna. Efter granskningen gavs feedback och det ledde till att en del frågor omformulerades. En del frågor var ändå lite svårformulerade och svårbegripliga för att svara på. Detta kan ha lett till att en del frågor förblev obesvarade eller gav vaga svar. Dessutom förekom en del svar vid flera olika tillfällen i intervjun. Vissa deltagare verkade inte uppleva det som behagligt att prata när en bandspelare var igång och detta kan också ha lett till missvisande svar i resultatet.

Valet av semistrukturerad intervju kan också ha påverkat naturligheten i samtalet eftersom det finns förutbestämda frågor. Däremot är det lättare att analysera och organisera data när man använder denna intervjumetod (Patton, 2002). Det visade sig vara positivt att använda en semistrukturerad frågeguide när vi sedan skulle analysera materialet eftersom respondenterna fick svara på samma frågor vilket främjade jämförelser av svar och organisation och analys av data (Patton, 2002). Vidare menar han dock att svagheten med att använda semistrukturerad frågeguide är en begränsad flexibilitet i intervjun eftersom redan förutbestämda frågor kan begränsa naturligheten och relevansen av frågor och svar.

Samtliga arbetsterapeuter valde att bli intervjuade på sina arbetsplatser. Fördelen med detta var att arbetsterapeuterna kunde känna sig tryggare och vi fick även en inblick i hur deras arbete såg ut samtidigt som de kunde visa material och annat som var av intresse för studien. Nackdelen var att det emellanåt blev avbrott i intervjun på grund av telefonsamtal som förstörde dynamiken i intervjun och som kan ha påverkat resultatet negativt.

5.2. Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av den fysiska och institutionella miljöns betydelse hos personer med demens i ADL. Det framkom att arbetsterapeuterna är väl medvetna om vad som krävs i den fysiska miljön för att personer med demens ska få en anpassad boendemiljö i förhållande till sina behov. Det visades också hur arbetsterapeuterna går eller önskar gå tillväga för att åtgärda eventuella brister i den fysiska miljön. En åtgärd som lyfts fram speciellt gäller utbildning inom demensområdet så att vårdpersonalen lär sig hur de ska hantera personer med demens gällande bemötande men också få tips på strategier i den fysiska miljön som kan underlätta för dem. Annars diskuteras det kring de ämnen som tycks vara relevanta utifrån studiens syfte.

Arbetsterapeuterna i studien menar att P-ADL inte är ett problem i ett tidigt skede eftersom personer med demens vanligtvis är mycket rörliga då. Detta bekräftar även tidigare studier som menar att personer med demens inte har förändringar i basala aktiviteter som att äta eller sköta sin hygien, personlig vård, i början av sin demenssjukdom (Borell, 1992, Kide, 2000). Vidare menar Nygård (2000) att sådana aktiviteter ofta fungerar längre då de är mindre krävande och mer automatiserade än mera komplexa aktiviteter som att laga mat, gå och handla samt hantera

pengar. I-ADL innebär däremot att personen med demens ska kunna utföra flera moment inom en och samma aktivitet eftersom det krävs mer av individen så som processtänkande. Johansson & Nygård (2000) bekräftar att nedsättning av processförmåga är en konsekvens av demenssjukdom. Dessa nedsättningar kan göra att personen behöver stöd och hjälp från anhöriga och arbetsterapeuterna kan ta hjälp av anhöriga eftersom de känner personen bäst. Här finns en paradox i studien för å ena sidan så gör anhöriga det möjligt för personer med demens att klara sig bättre i sitt hem genom olika skyddsåtgärder vilket ökar deras aktivitet och självständighet men samtidigt så kan anhöriga ta över alldeles för mycket och göra personen med demens passiv. Detta styrks av Johansson & Nygård (2000) och Wijk (2004) då anhöriga kan vara för snabba att ta över när det uppstår problem, vilket kan innebära att personen med demens förlorar motivation att klara sig själv och istället lämnar över ansvaret till den anhörige. Detta tolkas som att personalen har en viktig roll för att informera och utbilda anhöriga inom demens.

Tre av arbetsterapeuterna påpekar att de inte ofta utför ADL rehabiliterande vård. Endast en arbetsterapeut berättade att det var viktigt att träna personen med demens i ADL för att bibehålla förmågor. När även P-ADL försämras visar studien att detta leder till ännu mer aktivitetsproblem på grund av mer fysiska besvär (stelhet, sviktande motorik) och därför ADL-träning borde innefatta en större del av behandlingen. Detta påvisar SBU (2006) där de påpekar att ADL-träning leder till ökad aktivitet och oberoende under omvårdnadsaktiviteter. Detta kan vara avgörande för att förbättra välbefinnande och självständighet hos personer med demens. Arbetsterapeuten förlorar en stor och viktig del av sitt område och sin yrkesroll och om denne ger upp träning och istället fokuserar på omvårdnad.

Det är välkänt att Alzheimers sjukdom innebär en nedsatt förmåga att ta in tillräckligt med information om miljön för att stödja igenkänning (Bäckman, Herlitz, Fratiglioni, Almkvist & Small, 1997) vilket kan leda till desorientering. Detta är något att beakta då man ska utforma den fysiska miljön utifrån personen med demens. Nedsatt rumsuppfattning kan bidra till en känsla av osäkerhet, eftersom vårt välbefinnande är tätt förknippat med vår orientering i tid och rum i relation till identitet och autonomi (Cullberg, 2003). Därför är det ytterst viktigt att man utformar miljön efter personens behov och förmågor samtidigt som man inte får göra för stora förändringar så att personens vanor och rutiner förloras. Detta instämmer Gitlin & Corcoran (2001) genom att förklara att en väl utformad miljö har en positiv inverkan på både vårdaren och personen med demens eftersom den kan fördröja beroende av I-ADL. Wijk (2004) & Månsson

& Brun (2002) belyser dessutom att den fysiska miljön har stor betydelse för personens med demens välbefinnande och känsla av trygghet och hälsa.

I resultatet av studien var det tydligt att bostadsanpassningar kunde inverka både positivt och negativt på personer med demens. Ett enkelt hjälpmedel som spisvakt kunde förlänga personens förmåga till självständighet och på så vis göra det möjligt för denne att bo kvar hemma något år till. Samtidigt som detta hjälpmedel kan förvirra dem eftersom man hela tiden måste nollställa den efter användning. Enligt Cooper & Day (2003) kan tekniska hjälpmedel faktiskt förvärra situationen om personen med demens inte förstår de givna instruktionerna eller om de glömmer bort hur hjälpmedlet fungerar eller att det existerar. Å andra sidan menar Gilliard (2001) att en tidig introduktion av teknologi kan minska oro och öka acceptansen hos personen med demens men också minska risker, ge stöd och öka oberoendet av hjälp från andra. Här syns tydligt de båda sidorna av problemet och vikten att sätta in hjälpmedlet i ett tidigt skede så att personen med demens förstår dess användning och betydelse. Arbetsterapeuter i studien menar att de kognitiva nedsättningarna och främst minnesbesvären resulterar i mest problem i den fysiska miljön. Det är en stor utmaning att utforma bostäder som passar personer med demens och samtidigt minska kostnader för samhället men genom att lägga ner tid på att skapa tillgängliga boenden från början kan man öka personens upplevelse av välbefinnande. Socialtjänstlagen (2001:453) förstärker detta med att påpeka att socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

Behandling för personer med demens måste läggas upp individuellt efter varje klient eftersom vilka åtgärder som behövs beror på var skadan sitter i hjärnan samt i vilket skede av sjukdomen som personen befinner sig i. Detta kräver att arbetsterapeuter utför täta uppföljningar av ADL-status för att kunna sätta in de ultimata åtgärderna. Tyvärr visar studien att arbetsterapeuter har svårt att följa upp klienten under sjukdomsförloppet på grund av tidsbrist och om det görs används ostrukturerade instrument. Detta är sorgligt eftersom en regelbunden utvärdering hjälper till att ta bort eller förändra hjälpmedel efter behov (Gilliard, 2001), och anpassa andra åtgärder. Genom att systematisera användningen av standardiserade bedömnings instrument vid bedömning skulle arbetsterapeuter spendera mindre tid på utvärdering. Detta påvisar behovet av utbildning/fortbildning i demens för arbetsterapeuter för att öka trovärdigheten för yrket vilket

kan leda till att klienten får bästa möjliga vård med täta uppföljningar och rätt hjälp. Det skulle dock behövas mer insatser från kommunerna även om det satsas mer på demensvården redan nu.

Demensområdet är i stor utveckling enligt Wijk (2003). Detta framgår även i denna studie då demensutbildade arbetsterapeuter visade sig ha mer kunskaper i hur man bemöter en person med demens, hur den fysiska miljön ska utformas för att främja ADL och hur ADL-aktiviteter kan användas i intervention för att stimulera klienten till aktivitet. Vidare skriver Wijk (2004) att det saknas systematiska riktlinjer för att skapa goda miljöer för personer med demens. Detta menar Rosén (2005) rör sig om politiska prioriteringar. Förutom de humanitära vinsterna med att ge personer med demens möjlighet att bo kvar hemma kan det innebära besparingar för kommunerna. Det ställs ökande krav på alla ansvariga inom äldreomsorgen: politiker, arbetsledare och övrig personal men enligt Rosén (2005) tillgången på personal är liten inom vissa områden. I den situationen är utbildning nödvändig för att kunna hålla kvaliteten på en hög nivå.

5.3. Visioner för framtiden

Det upplevs som att arbetsterapeuterna önskar mer insatser från kommunens sida i form av

- ▶ Kompetensutveckling i form av utbildning till personal, anhöriga och personen med demens så att personalen förstår vikten av att använda standardiserade bedömningsinstrument och att täta uppföljningar är att prioritera. Att anhöriga får avlastning, stöd och tips på strategier. Att personen med demens lär sig att handskas med sin sjukdom, vad sjukdomen innebär.
- ▶ Avlastning för anhöriga i form av kontaktpersoner.
- ▶ Ökad personalstyrka så att arbetsterapeuterna kan handleda övrig personal vilket ökar förståelse för personen med demens vilket genererar en bättre vård i det långa loppet.

Samtidigt konstaterar vi att framtiden ser ljus ut som Wijk (2003) förklarar:

”Aldrig förr har det väl bedrivits så mycket forskning och utvecklingsarbete på bred front inom vård och omsorgssektorn som nu och aldrig förr har det väl varit så naturligt att samverka över yrkes- och specialitetsgränserna. Om vårt gemensamma mål är en bättre fungerande vård- och boendemiljö för personer drabbade av demenssjukdom så krävs ett samarbete på bred front där allas kompetenser är av lika stort värde. Låt oss hoppas att ett dylikt samarbete kan leda till mätbara och framför allt erfarna förbättringar för drabbade och närstående.” (s. 12)

6. Slutsatser

Den fysiska miljön har stor betydelse för personer med demens eftersom den på grund av sin utformning kan bidra till att personen upplever självständighet och trygghet och därmed är mer aktiv. Finns det däremot mycket fysiska hinder i miljö kan det skapa otrygghet och göra personen med demens mer passiv och beroende av andra i ADL.

Att bo kvar hemma är viktigt för personer med demens eftersom de kan identifiera sig, känna sig trygga och samtidigt vara självständiga då detta är den miljö de känner till bäst. Å andra sidan kan livet som ensamboende, om de inte har anhörigas stöd, göra att det övergår i misär när hjälpbehovet blir för omfattande och inte längre kan tillfredställas (Nygård, 2000).

Arbetsterapeuter kan göra oerhört mycket i arbetet med personer med demens. Det krävs dock ekonomiska resurser och insatser från kommunens sida. Bostadsanpassningar och hjälpmedel kan vara goda åtgärder om de sätts in i ett tillräckligt tidigt skede.

Det är ytterst viktigt att arbetsterapeuten är med vid ny- och ombyggnationer av bostäder och att denne då kan hjälpa till att skapa bostäder med en fysisk miljö som bidrar till att personer med demens kan behålla sina förmågor i ADL så länge det går. Det pågår redan mycket forskning kring äldre personer, tillgänglighet och fysisk miljö (Fänge & Iwarsson, 2005) och detta måste uppmuntras ännu mer för att lösa de problem som uppstår i samband med att befolkningen blir allt äldre samtidigt som kommunen skär ner på antal vårdplatser och fler äldre personer vill eller måste vårdas i hemmen.

Det hade varit ytterst intressant att följa upp utvecklingen av vilka insatser som görs inom demensområdet och om mer utbildning av personal, anhöriga och andra inom äldreomsorgen verkligen bidrar till att vården av personer med demens blir bättre. Ytterligare studier behövs för att bevisa att den fysiska och institutionella miljön kan bidra till ett ökat välbefinnande hos personer med demens.

7. Referenslista

Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Borell, L. (1992). *The activity life of persons with a dementia disease*. (Doctoral dissertation, Department of Geriatrik Medicine. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden).

Bäckman, L., Herlitz, A., Fratiglioni, L., Almkvist, O., Small, B.J. (1997). Cognitive predictors of incident Alzheimer's disease: a prospective longitudinal study. *Neuropsychology*. 1997 Jul.; 11(3):413-20.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk Psykiatri*. Falkenberg: Natur och Kultur.

Cooper, B. A., & Day, K. (2003). Therapeutic Design of Environments for People With Dementia, in Letts, L., Rigby, P., Stewart, D. (2003). *Using Environments to Enable Occupational Performance*. Thorofare: Slack Incorporated.

Ekholm, M., Fransson, A. (1992). *Praktisk intervjuteknik*. Göteborg: Graphic Systems AB.

Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi; normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. Stockholm: Liber.

Fänge, A. & Iwarsson, S. (2005). Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation - a longitudinal perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 296-304.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk Kod för arbetsterapeuter*.

Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., Hauck, W. W. (2001). A Randomized, Controlled Trial of Home Environmental Intervention: Effect on Efficacy and Upset in Caregivers and on Daily Function of persons With Dementia. *The Gerontologist*, 2001, Vol. 41, No. 1: 4-14.

Gilliard, J. (2001). Technology in practice: issues and implications. *Journal of Dementia Care*. 2001: Nov/Dec.18-19.

Johansson, M., Nygård, L. (2000). *Tid och tidshjälpmiddel vid demens- en studie av hur några personer med demenssjukdom hanterar tiden i samband med dagliga aktiviteter samt deras erfarenheter av tidshjälpmiddel*. Sundbyberg: Larserics Digital Print.

Kielhofner, G. (2002). *A model of Human Occupation* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kide, P. (2000). *Demens*. Stockholm: Fortbildningsförlaget.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Student litteratur.

Mozley, C.G., Huxley, P. & Cordingly, L. (1999). "Not knowing where I am doesn't mean I don't know what I like": Cognitive impairment and quality of life responses in elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14 (9): 776-783.

Månsson, I., & Brun, C. (2002). *Man kommer inte ihåg det man vill - en bok om demens, hjälpmedel och boende*. Bromma: hjälpmedelinstitutet.

Nygård, L. (1996). *Everyday life with dementia. Aspects of assessing and understanding the consequences and experiences of living with dementia*. Stockholm: Norstedts Tryckeri.

Nygård L. (2000). *Demenssjukdomar. Tidiga insatser i hemmet med fokus på ensamboende i eget hem*. Stifelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Äldre och Folkhälsa rapport 19. (2000:8).

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.

Rogers, J (1986). Occupational therapy services for Alzheimers disease and related disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 822- 824.

Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice hall: Engelwod Cliffs, New Jersey.

Townsend, E (ed). (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. (2nd edition) Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer* (2nded.). Lund: Studentlitteratur.

Wijk, H. (2004). *Goda miljöer och aktiviteter för äldre – vårdlitt 62*. Lund: Studentlitteratur.

Youngstrom, M. J. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, vol 66, 609-639.

Malmöhus Läns landsting, Hälso- och Sjukvårdsavdelningen (1994). Hämtad juni 7, 2006, från <http://www.psykiatr.lu.se/studinfo/underv/demens.pdf>

Nygård, L. (2004). Dagliga livets aktiviteter. [elektronisk]. Vårdalinstitutets tematiska rum: demens. Hämtad: december 11, 2006, från <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3214/4133.pdf?objectId=7329>

Rosén, P. (2005) *Rättvisa prioriteringar i äldrevården - dokumentation av ett pilotprojekt*
Rapport 2005:10. Hämtad november 21, 2006, från
<http://e.lio.se/prioriteringscentrum/pdf/2005.10.pdf>

Sandman P.O. (1986). *Aspects of institutional care of patients with dementia*. Doktoral
Dissertation, Umeå university, [elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Leva med
demens. Hämtad juni 7, 2006, från www.vardalinstitutet.net

SBU (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad september 4, 2006,
från <http://www.sbu.se/www/index.asp>

Socialtjänstlag (2001:453). Hämtad Januari, 25, 2006 från
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.HTM>

Wijk, H. (2003). Att *anpassa vård- och boendemiljöer för personer med demenssjukdom*. Hämtad
November, 14, 2006, från
<http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1576/3215/4135.pdf?objectId=7331>

Kan du beskriva hur du går tillväga när du möter en person som har demenssjukdom?

Vilka uppgifter har du som riktar sig till personer med demenssjukdom?

Person

Vilka diagnoser av demenssjukdomar har de personer som du vanligtvis kommer i kontakt med ?
På vilket sätt brukar anhöriga visa sitt stöd till person med demenssjukdom?

Aktivitet

Har du någon uppfattning om vad personerna utför för aktiviteter i sin hemmiljö?

Har du någon uppfattning om vilka aktivitetsproblem som personerna/anhöriga beskriver i hemmiljön?

Vilka aktivitetsproblem beskriver personerna som mest förekommande?

Har du förslag på hur man kan hjälpa dem att undvika dessa?

Hur går du tillväga när du bedömer personernas ADL?(Bedömningsinstrument)

Vilken är den ultimata insatsen för att hjälpa personer med demens att öka deras självständighet/delaktighet i ADL enligt din egen erfarenheter? Berätta.

Miljö

Hur vill du beskriva hur personerna med demenssjukdomar bor ?

Känner du till om dessa personer har möjlighet att få hjälp med bostadsanpassning?

I så fall i vilken omfattning?

Kan du beskriva hur bostadsanpassning kan påverka deras P- och I-ADL?

Vilka bedömningsinstrument använder du för att bedöma inomhusmiljön?

Övrigt att tillägga som vi inte berört?