

Dokumentnamn						
<b>Arbetsterapiprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna</b>						
Framtagen av/Reviderad av	Fastställt av	Godkänd av	Gäller fr.o.m. - t.o.m.	Versio n	Diarienr	Sida
Nätverksgruppen för arbetsterapi vid demenssjukdom i Dalarna  <b>Specialiserad vård:</b> Eva Hallin Busk Falun Ewa Palmqvist Ludvika Anneli Toivanen Borlänge Mona Talus Avesta  <b>Primärvård:</b> Eva Schultheiss Smedjebacken Anette Yngve Thurgren Borlänge Lena Norman Falun  <b>Kommun:</b> Marie Dalkvist Andersson Borlänge Ann-Christine Jansson Borlänge Lena Nyström Säter Anna Johansson Säter Elisabeth Grahn Leksand		Specialitetsgruppen i Arbetsterapi	160801-190130		LD10/03451	1(16)

## Inledning

I Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom betonar man vikten av samverkan mellan olika professioner för att se personen ur ett personcentrerat perspektiv (1).

Arbetet med personer som har demenssjukdom är ett teamarbete som gäller hela vårdkedjan.

## Syfte

Syftet med detta vårdprogram är att ge vägledning till hur arbetsterapeuter i landsting och kommuner i Region Dalarna bör arbeta för att följa de nationella riktlinjerna för personer med demenssjukdom.

Programmet tydliggör de olika arbetsterapeutiska insatserna på de olika vårdnivåerna.

## Mål

- Att alla personer som får eller redan har diagnosen demens ska få likvärdiga arbetsterapeutiska insatser på de olika vårdnivåerna.
- Alla arbetsterapeuter, som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom ska ha kunskap om demenssjukdomar. <http://www.demenscentrum.se/Utbildning/>
- Arbetsterapeuten ska vara en del i teamet och medverka i vårdkedjan på och mellan de olika vårdnivåerna.

## Metod

Programmet är baserat på Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 Socialstyrelsen (1). Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna (2), samt det Generella arbetsterapiprogrammet Landstinget Dalarna (3). Enligt de nationella riktlinjerna rekommenderas åtgärder enligt prioriteringsordning 1-10 där 1 har högst prioritet (1).

Vi har sökt evidens och tagit del av andra vårdprogram i landet (4-7).

Det saknas evidens inom det kommunala området, därför har vi gjort studiebesök (8) vilket tillfört nya erfarenheter.

Den arbetsterapeutiska modellen vi utgått från är Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM (9). Med OTIPM som utgångspunkt beskrivs fas för utredning och målformulering, intervention och utvärdering (bil 1).

## Värdegrund och mål

De grundläggande värderingar som uttryckts i lagstiftningen innebär att personer med demenssjukdom:

Ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat

Ska få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga

Ska få sina rättigheter respekterade

Ska kunna känna sig trygga

Ska erbjudas säker och likvärdig vård oavsett kön, etnicitet, ålder, diagnos eller bostadsort (2).

Målet är högsta möjliga livskvalité för personer med demenssjukdom och deras anhöriga, att minska lidande och att hjälpa människor att leva ett så aktivt och normalt liv som möjligt, oavsett vilken grad av demenssjukdom personen befinner sig i.

Vården ska vara personcentrerad vilket innebär att varje person möts utifrån sin aktuella situation och där den enskilde personens förmågor tas tillvara (1-2).

FSA:s etiska kod menar att arbetsterapiens unika fokus är meningsfulla aktiviteter och att målet för arbetsterapi är att stödja personens förmåga till aktivitet och delaktighet på ett sätt som främjar möjligheterna att leva ett så gott liv som möjligt. Detta ska ske med utgångspunkt från personens syn på sin situation och sina behov, samt med hänsyn till möjligheter och hinder i omgivningen (10).

## Vad är demens

Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demens har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från närstående. Demens är inte en följd av naturligt åldrande (11).

### Demens • DSM-IV-kriterierna

För att ställa diagnosen demens behöver vi idag använda oss av de internationella kriteriematerialerna. I Sverige används vanligen DSM IV (11).

En nedsättning av flera kognitiva funktioner som varat i minst 6 månader. Nedsättningen visar sig genom:

1. nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära in något nytt och att minnas vad som tidigare lärts in)
2. minst en typ av följande störningar:
  - afasi (språkstörning)
  - apraxi (oförmåga att utföra ändamålsenliga rörelser trots intakta motoriska funktioner)
  - agnosi (bristande förmåga att känna igen eller identifiera föremål trots intakt sensorisk funktion)
  - störning av exekutiva funktioner (d v s planera, organisera, rangordna, tänka abstrakt)

Den kognitiva funktionsnedsättningen förorsakar en betydande försämring av aktivitetsförmågan. Det påverkar även sociala och/eller yrkesmässiga funktioner och representerar en betydande sänkning från en tidigare funktionsnivå. Den kognitiva funktionsnedsättningen förekommer inte enbart i samband med konfusionstillstånd (11).

## Vårdkedjan

En grundläggande förutsättning för en god demensvård är ett nära samarbete mellan arbetsterapeuter/team i kommun, primärvård och specialistvård. Arbetsterapeuter träffar personer i olika nivåer i vårdkedjan. Inom landstinget i primärvården vid basal demensutredning och i specialistvården vid utvidgad demensutredning. I kommunen träffar arbetsterapeuten personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.

### Förslag på kvalitetsindikatorer vid bedömning.

Typ av problem i utförande

- Fysisk ansträngning
- Tids- och rumsineffektiv, organisation av aktivitet

- Säkerhetsrisk
- Behov av assistans
- Socialt acceptabelt
- Verbalisering att personen inte är nöjd med sitt utförande av uppgifter, upplever smärta under utförandet osv.

Grad av problem

Tid

- Duration
- Frekvens

Nivå

- Ingen
- Lätt
- Måttlig
- Stor
- Total

När arbetsterapeuten observerat och bedömt personens aktivitetsutförande måste hon/han beskriva kvaliteten i de handlingar som utfördes (9).

## **Ansvarsområden inom Demensutredningen**

I de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 ges rekommendation att personer som söker för demensutredning i första hand ska få en basal utredning. Detta ska göras av ett multiprofessionellt team då det behövs bedömningar och åtgärder av flera yrkesgrupper vid utredning av demenssjukdom. Detta har enligt socialstyrelsen prioritet 2 (1). I de fall då detta ej är tillräckligt för att fastställa diagnos så bör en utvidgad utredning ske.

Utredningen sker genom intervju med person och anhörig/närstående samt även av observation och analys av utförande i aktivitet. Identifiering av självskattade styrkor och svagheter med utförandet av meningsfulla uppgifter, aktiviteter för personen.

Vid behov tar arbetsterapeuten del av befintlig dokumentation från annan vårdgivare/arbetsterapeut eller annan instans.

Den arbetsterapeutiska bedömningen förutsätter kunskaper i neuropsykologi. I detta sammanhang nämner vi Lurias lokalisasteori som bas (12).

### **Landstingets Primärvård, basal utredning**

Enligt nationella riktlinjer bör basal utredning göras i först hand. Den ska innehålla en strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga som ska göras av arbetsterapeut, prioritet 1 (1).

Inkommande ärenden, skriftlig eller muntlig remiss från vårdcentral, läkare eller sjuksköterska.

Följande åtgärder och instrument rekommenderas för utredning:

- Intervju med anhörig - Anhörigintervjun av Åstrand (13).
- Intervju med personen - Intervjuguiden vid demensutredning, Luleå/Boden (4), och/eller ADL-taxonomin Törnquist och Sonn (14).

- Aktivitetsbedömning som görs i hemmet med stöd av Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga (15).
- Test som genomförs med personen – MMSE-SR, (16). Klocktest (17).

Vid behov av fortsatta insatser överrapporteras detta till berörd vårdgivare efter samtycke från person.

### **Landstingets Specialistvård, utvidgad utredning**

Utvidgad utredning kan ske när osäkerhet om diagnos föreligger. För utvidgad utredning krävs att den basala utredningen fullföljts (1).

Inkommande ärenden, skriftlig remiss kommer till specialistvård.

Intervju av personen med stöd av ADL-taxonomin (14) med fokus på Demens DSM-IV-kriterierna (11).

En strukturerad anhörigintervju med stöd av Neurokognitiv/Psykogeriatrisk Symptomenkät (18) och/eller Anhörigintervju (13) för identifiering av demens och demensliknande tillstånd.

Kartläggning av personrelaterade faktorer:

- Kognitiva svårigheter/resurser (orientering, insikt, minne, stresskänslighet, initiativ, tidsuppfattning, planeringsförmåga, inlärningsförmåga).
- Tidigare vanor och intressen
- Personens motivation
- Kroppsliga begränsningar och resurser.
- Egen insikt
- Kunskap om demenssjukdom

Omgivningsfaktorer:

- Hur påverkar den fysiska miljön aktivitetsutförandet? (struktur i bostaden, tydlighet, kontraster, mängd föremål, placering mm)
- Teknik som underlättar eller försvårar (hushållsapparater, telefon, tv mm)
- Kunskap om demenssjukdom hos närstående
- Möjlighet att få stöd i aktivitet av någon, t.ex. anhörig eller personal

Aktivitetsfaktorer:

- Vilka krav ställer aktiviteten på personen? (initiativ, hantera flera moment, planering, koncentration, fysiska krav mm)
- Vilka delmoment innehåller aktiviteten?

Kognitiv utredning:

Så långt som det är möjligt ska observation i aktivitet göras, en praktisk situation som är välbekant för personen. Observationen dokumenteras utifrån de eventuella aktivitetsnedsättningar som finns och de kognitiva svårigheter som orsakar dessa. För att förstå hjärnans funktionella uppbyggnad används blockprincipen, Lurias lokalisations-teori (12).

Instrument för aktivitetsbedömning exempelvis:

- ADL-taxonomin (14) med stöd av Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga (15).
- PRPP (19).
- AMPS (20).

Instrument för bedömning av kognitiva funktioner exempelvis:

- Kognitiva Screening Batteriet, KSB (21).
- Rivermead Behavior Memory Test, RBMT (22).
- Djupa bakre och främre funktioner, DBF (23).

I vissa fall utifrån de behov patienten har fortsätter processen med behandlande åtgärder och utvärdering av dessa åtgärder. Exempel på behandlande åtgärder är information om olika hjälpmedel samt ge förslag på strategier som kan användas i vardagen, utprovning av kognitiva hjälpmedel och anpassningar av miljön.

Vid behov av fortsatta insatser överrapporteras detta till berörd vårdgivare efter samtycke från person.

## **Kommunens arbetsterapi inom vård och omsorg**

Arbetsterapeuter möter personer med demenssjukdom inom ordinärt boende (personen kan ha stöd av hemtjänst eller demensteam) och inom kommunala särskilda boenden i form av korttidsboende, växelvård, demensboenden, gruppboende, daglig verksamhet och LSS-boenden.

## **Personcentrerad vård och omsorg**

Att arbeta personcentrerat är en av grundförutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Det är den demenssjuke personen som ska sättas i fokus med sin personlighet och upplevelse av verkligheten och inte enbart demenssjukdomen. Detta ska genomsyra arbetssätt och bemötande. Enligt Nationella riktlinjerna prioritet 1 (24).

## **Teamarbete**

Multiprofessionella team ska enligt de Nationella riktlinjerna finnas i vård och omsorg med den demenssjuke, detta har prioritet 2 (1). Arbetsterapeuten är en del i teamet.

För att få en bra grund för teamsamverkan kan man använda sig av vård- och omsorgsplaneringar, genomförandeplaner, nationella kvalitetsregister som Senior Alert (25) och skattning av Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD), (8, 26). Närstående är en viktig samarbetspartner tillsammans med den demenssjuke.

## Utbildning

I de Nationella riktlinjerna prioriteras utbildning och handledning högt, detta har prioritet 1 (1, 24). Arbetsterapeuten kan medverka till att ge kunskap, utbildning och handledning till personer med demenssjukdom, närstående, hemtjänst och personal i särskilt boende (8). Alla i det multiprofessionella teamet behöver kompetensutveckling.

## Aktiviteter för en meningsfull vardag

I de nationella riktlinjerna är "Deltagande i individuellt anpassade aktiviteter inklusive fysisk aktivitet" prioritet 1 (1,24). Arbetsterapeuten kan göra aktivitetsbedömning för att tydliggöra vad personen kan och vad personen behöver stöd med i aktivitetsutförandet. Exempelvis kan man göra vardagen mer begriplig och hanterbar genom att använda strategier till att få en struktur som passar individen.

Arbetsterapeuten kan även ge råd och stöd till närstående och personal i närmiljön och där igenom främja ett bemötande som kan möjliggöra förmåga till aktivitet och delaktighet hos den demenssjuke.

Förslag på bedömningsinstrument och checklistor:

- ADL-skattning Lawton & Brody (27)
- ADL-taxonomin (14)
- Kognitiv checklista vid arbetsterapeutisk bedömning av ADL-förmåga (15)
- Intervjuguide vid demensutredning Bilaga 2a
- Intervjuguide vid demensutredning, ändrad ordningsföljd Bilaga 2b (6)
- PRPP (20)
- Aktivitetsbedömning, stöd för analys (28, sid 74-78)
- Checklista för demens och utvecklingsstörning (29)
- Tidiga tecken – kartläggningsverktyg utvecklingsstörning (30)

## Fysisk miljö

En anpassad och personcentrerad miljö utifrån den demenssjuke kan ge stöd i att bevara aktivitetsförmåga och ge trygghet (31, 32).

Arbetsterapeutiska åtgärder för att anpassa den fysiska miljön kan t.ex. gälla framkomlighet, kontraster, färgmarkeringar och bildstöd.

Arbetsterapeuten gör bedömning om behov angående bostadsanpassning och skriver Bostadsanpassningsintyg, exempelvis spisvakt.

Den fysiska miljön på särskilda boenden ska vara personligt utformad och hemlik. Detta har prioritet 1 enligt de nationella riktlinjerna för demens (1).

## Använda hjälpmedel

Arbetsterapeut bedömer behov och förskriver hjälpmedel. Behovet varierar utifrån vilket skede av sjukdomen personen befinner sig och eventuella andra sjukdomar/funktionsnedsättningar. Hjälpmedel kan behövas i ett tidigt skede för att möjliggöra inläring. Det är viktigt att hjälpmedlen tränas in och följs upp då behovet förändras under sjukdomens gång. De personer som finns nära den demenssjuke får ofta en viktig roll i att kunna använda och träna in kognitiva hjälpmedel (28). Enligt Nationella riktlinjer är erbjudandet av kognitiva hjälpmedel prioritet 4 (1). Ge stöd och följ upp kognitiva hjälpmedel har prioritet 2 (1).

## Trygg vård och omsorg – ett teamarbete

### Fallrisk

Vid demenssjukdom fördubblas fallrisken (24). Arbetsterapeuten kan vara delaktig i bedömningar gällande fallrisk. Viktigt att man utreder orsak till fall (33). En multifaktoriell intervention har enligt Nationella riktlinjerna prioritet 1 (1). Det innebär att flera fallförebyggande åtgärder sätts in samtidigt, multifaktoriell interventionen. Det kan vara utbildning om fallrisk, fysisk träning, hjälpmedel, individuellt anpassad tillsyn, förändring av boendemiljö och medicinöversyn (24).

### Undernäring

Ätbeteende och ät-förmåga kan påverkas av demenssjukdom vilket kan leda till undernäring. En bedömning av måltidssituation kan göras av arbetsterapeut för att ta fram åtgärder och strategier och eventuella hjälpmedel (25). Prioriteringen enligt Nationella riktlinjerna (1) är: vid viktförlust är det prioritet 1 att utreda ätproblemen samt vid undernäring så ska nutrition intervention göras, prioritet 1. För personer med måttlig till svår demenssjukdom, där sjukdomen har gått så långt att personen i fråga behöver stöd för att äta, så ska ätproblemen diagnostiseras med strukturerat bedömningsinstrument prioritet 2. Att ge individuellt anpassat stöd vid måltiden är prioritet 2 (24).

### Munhälsa

Nedsatt munhälsa kan bidra till sår i munnen, smärta och undernäring vilket i sin tur kan leda till nedsatt aptit/matvägran eller aggressivitet (25). Uppmärksamma behov av förebyggande åtgärder, exempelvis klarar/kommer personen ihåg att borsta tänderna självständigt? (2)

### Trycksår

Trycksår är en risk relaterat till nedsatt rörlighet och nedsatt ät-förmåga och arbetsterapeut kan medverka i att förebygga och behandla trycksår (25). Enligt Nationella riktlinjer prioritet 1 (1).

### Passivitet

Demenssjukdomen leder till att personens förmåga att utföra olika aktiviteter i det dagliga livet successivt försämras. Personen får svårt att ta initiativ och kan bli passiv. Detta kan motverkas genom att ge personen möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter som till exempel hushållssysslor, utomhusvistelse, underhållning, musik och dans, prioritet 1 (24). Arbetsterapeuten kan göra bedömning av aktivitetsförmåga, ge råd och stöd, förskriva hjälpmedel och anpassa den fysiska miljön.



## **Skyddsåtgärder**

Skyddsåtgärder kan ibland vara nödvändiga då personens handlande riskerar att utsätta sig själv eller andra för fara. Exempel på skyddsåtgärder kan vara rullstolsbord, rullstolsbälte, larm och sänggrindar och arbetsterapeuten är ofta förskrivare. Socialstyrelsens Medlemsblad 12/2013 trycker tydligt på att individuell bedömning måste göras i varje enskilt fall och i varje situation och varje gång. Man bör överväga om andra åtgärder kan sättas in istället för skyddsåtgärd. Personen själv ska samtycka eller om det är svårt måste man försöka avläsa hur personen upplever en viss åtgärd, s.k. konkluderande samtycke. Val av åtgärd ska fattas vid gemensamma vårdplaneringar och regelbundet följas upp (34,35).

## **BPSD, Beteendemässiga och Psykiska symtom vid Demenssjukdom:**

BPSD (26) omfattar en rad olika symtom som orsakar ett stort lidande för personen med demenssjukdom men även för närstående. Nittio procent av alla personer med demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD-symtom som exempelvis; aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar.

Symtomen måste identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in.

Att arbeta med BPSD-registret i teamsamverkan gör att man får ett verktyg för detta och struktur i vårdarbetet, Arbetet utmynnar i framtagande av bemötandeplaner och vårdåtgärder för att komma till rätta problemen och minska symtomen, samt att vården blir personcentrerad. Arbetsterapeuten är en viktig del i teamet. (8, 26).

Att utreda bakomliggande orsaker till BPSD-symtomen och åtgärda dessa är prioritet 1 enligt Nationella riktlinjerna (24).

## **Samverkan mellan vårdnivåer**

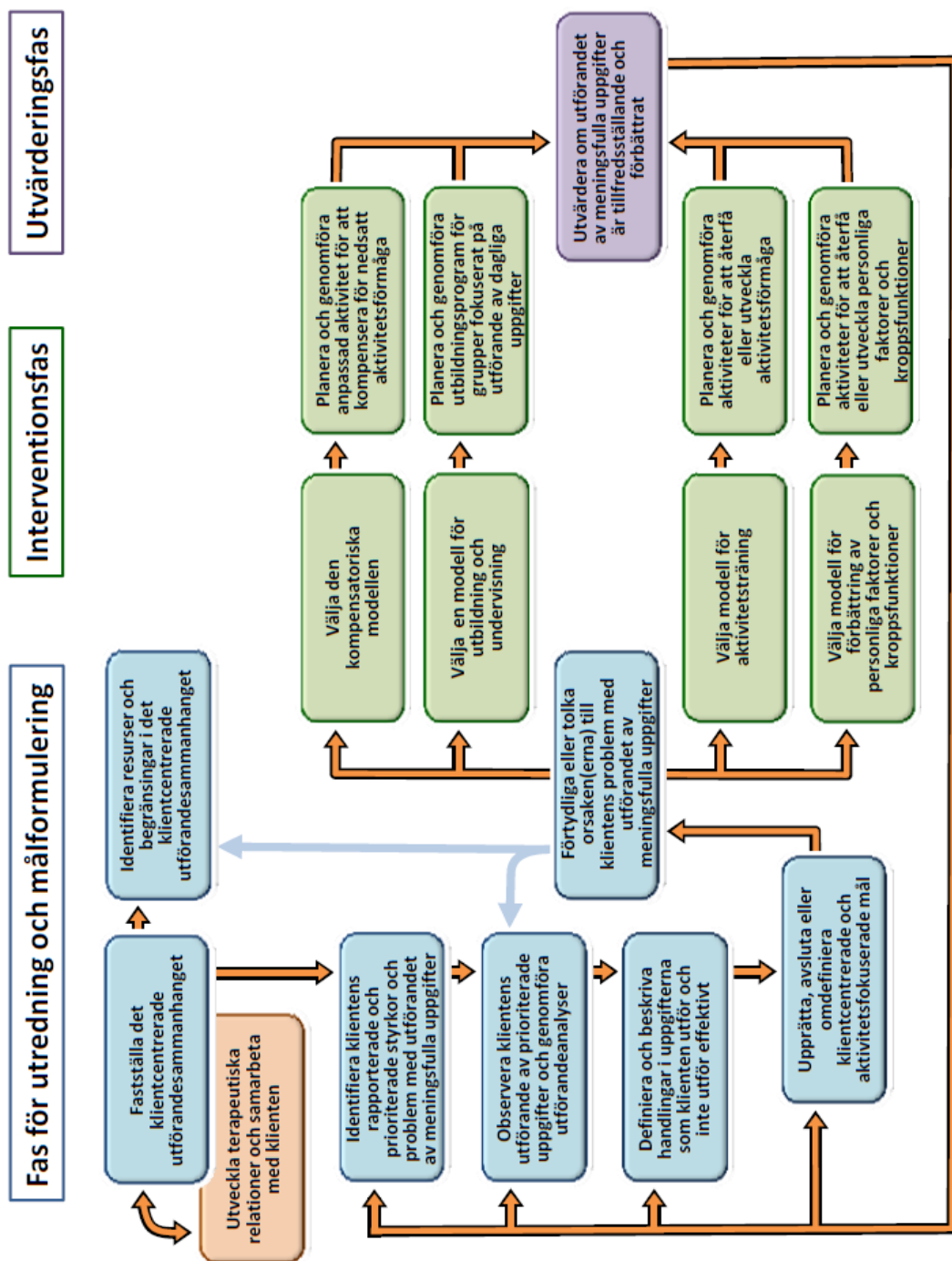
Många kommuner har egna lokala samverkansprogram utifrån de regionala riktlinjerna. Det finns många utvecklingsmöjligheter för kommuner och landsting med stöd utifrån de nationella riktlinjerna.

## Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, stöd för styrning och ledning 2010, (art.nr 2010-5-1) Socialstyrelsen, ISBN 987-91-86585-18-1
2. Vårdprogram för personer med demenssjukdom i Dalarna, Region Dalarna, 2013-03-22
3. Arbetsterapiprogram Generellt, Landstinget Dalarna, Tvärgruppen i arbetsterapi 2008, Landstinget Dalarna/vårdverktyg
4. Falck, A et al, Arbetsterapiprogram för personer med demenssjukdom inom primärvården Boden Luleå, 2005 [annika.falck@nll.se](mailto:annika.falck@nll.se)
5. Andersson, S et al Arbetsterapiprogram Demens, Region Skåne Susanne Andersson, Psykogeriatriska kliniken USiL, [https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/ERAS/Dokument/Evidensarbeten/Demens%20arbetsterapiprogram\\_120119\\_3.pdf](https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/ERAS/Dokument/Evidensarbeten/Demens%20arbetsterapiprogram_120119_3.pdf)
6. Arbetsterapi i primärvård vid demens och demensliknande tillstånd, Landstinget Gävleborg [http://www.regiongavleborg.se/Global/Jobba\\_med\\_oss/vardgivarportalen/halsoval/dokument\\_och\\_rutiner/Vardprogram/Arbetsterapi\\_i\\_primarvard\\_vid\\_demens\\_och\\_demensliknande\\_tillstand.pdf](http://www.regiongavleborg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/halsoval/dokument_och_rutiner/Vardprogram/Arbetsterapi_i_primarvard_vid_demens_och_demensliknande_tillstand.pdf)
7. Demens i utredningsfasen - arbetsterapiprogram [Arbetsterapiprogram Värmland](#)
8. Torun Eskilsson, arbetsterapeut, Ovanåkers kommun (vid studiebesök)
9. Fischer, A. G (2009) A model for planning and implementing top-down, client-centered and occupation-based interventions. For Collins, CO: Tree Star Press.
10. FSA's etiska kod, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012 <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundets-forlag/Etisk-kod-for-arbetsterapeuter-FSA-2012/>
11. Svenskt demenscentrum <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>
12. Ergoterapi og hjerneskaade, I-L Kristiansen, Egmont Nielsen 2011
13. Anhörigintervju, Åstrand R Åstrand, R, Geriatriksektionen, Medicinkliniken, Centralsjukhuset 651 85 Karlstad <http://www.viss.nu/CONTENT/GERIATRIK/ BILAGOR/intervju.htm>
14. Törnquist, K, & Sonn, U. (2001) *ADL-taxonomi, en bedömning av aktivitetsförmåga*

15. Kognitiv checklista, Region förbundet Örebro, mars 2012  
<https://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%20l%C3%A4ns%20landsting/Regional%20utveckling/V%C3%A4lf%C3%A4rd%20och%20folk%C3%A4lsa/OVK%20nya/Rehabilitering/Rehabilitering/Kognitiv%20checklista%20ADL-bed%C3%B6mning%20mars%202012.pdf>
16. Folstein, et al Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of persons for the clinician. *Journal of Psychiatric research*, 1975;12: 189-198
17. Klocktest, Shulman et al. *The challenge of time. Clock drawing and cognitive function in the elderly*. *Int J Geriatric Psychiatry* 1986; 1: 135-140
18. Symptomenkät. Åstrand, R, Minnesmottagningen, Centralsjukhuset Karlstad, 2008.  
<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Skattningsskalor-instrument/NeurokognitivPsykoogeriatrisk-Symptomenkat/>
19. PRPP (Perceive, Recall, Plan, Perform) utgår från Occupational Performance Model (Australia) <http://www.occupationalperformance.com>
20. AMPS, Fisher, A. Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1-Development, Standardization and Administration Manual. Fifth edition. Colorado: Tree Star Press
21. KSB, Kognitiva Screeningbatteriet, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, institutionen för neurovetenskap, Pfizer AB, 191 90 Sollentuna, projektledare Roger Lydén
22. Wilson, B, Cockburn J, Baddeley, A *Rivermead behavioral test*, Thames Valley Test Company, 1991 Psykologiförlaget AB
23. Häger, I-B, Hamlin, A-M. (1999). Arbetsterapeutisk bedömning av *Djupa, bakre, främre kognitiva funktioner*. Jönköpings läns landsting, Värnamo sjukhus, Samrehab
24. Guiden till Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom”, Svenskt demenscentrum 2013 andra upplagan
25. Senior Alert [www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/nationella-kvalitetsregister](http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Kunskapsunderlag/nationella-kvalitetsregister)
26. BPSD - Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, [www.bpsd.se/](http://www.bpsd.se/)
27. [Regionala demensriktlinjer 2010-2011 - Landstinget Blekinge](#) ADL-skattning enligt Lawton och Brody 1969
28. Hjälpmedelsinstitutet 2008. ”Resultat och erfarenheter från resursenheterna i Teknik och demensprojektet” rapport HI-2008-08335-pdf sid 74-78, Att tänka på vid aktivitetsbedömning.  
<http://www.hi.se/publikationer/rapporter/resultat-och-erfarenheter-fran-resursenheterna-i-teknik-och-demensprojektet/>

29. Checklista vid demens och utvecklingsstörning  
[https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/CSK/for\\_vardgivare/vardprogram/medicin/minnesmott/lvp\\_demens\\_utvecklingsstorning.pdf](https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/CSK/for_vardgivare/vardprogram/medicin/minnesmott/lvp_demens_utvecklingsstorning.pdf)
30. Tidiga tecken – Försämrade funktioner och sjukdom. Uppföljning av äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning  
[http://tidigatecken.se/Tidiga\\_tecken\\_samlad\\_ifylld\\_www.pdf](http://tidigatecken.se/Tidiga_tecken_samlad_ifylld_www.pdf)
31. Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet - stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom. Myndigheten för delaktighet. 2015  
<http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-3-miljoanpassningar-som-bidrar-till-okad-delaktighet.pdf>
32. Checklista – Miljöanpassningar som bidrar till ökad delaktighet – stöd för att underlätta aktivitet och delaktighet för personer med demenssjukdom. Myndigheten för delaktighet. 2015  
<http://www.mfd.se/globalassets/dokument/publikationer/2015/2015-7-checklista-miljoanpassningar-som-bidrar-till-okad-delaktighet.pdf>
33. Checklista som utredningshjälp - vid ökad fallrisk  
[http://www.demenscentrum.se/Documents/20100610\\_Checklista\\_utredningshj%c3%a4lp%20.pdf](http://www.demenscentrum.se/Documents/20100610_Checklista_utredningshj%c3%a4lp%20.pdf)
34. Socialstyrelsen, Meddelandeblad Nr 12/2013  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19309/2013-12-34.pdf>
35. Kunskapsguiden, tvång och begränsningar  
<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Tvang-och-begransningar/Sidor/default.aspx>



Anpassat från: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Officiell översättning, godkänd juni 2013)

## Intervju guide vid demens utredning.

Be gärna anhörig sitta med vid intervju för bekräfta eller dementera det som sägs eller kontakta anhörig efter intervju för detta.

1. Tycker du själv att ditt minne är nedsatt ? om svaret blir ja. Hur länge har du känt det ? och kan du ange vid vilka situationer? Om svaret blir nej . Fråga vad patienten ätit till frukost eller lunch? om patienten läst tidningen och kan berätta något om senaste nyheten från tidning eller tv. Glömt spis- plattor på?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

2. Har du upplevt några svårigheter att hitta när du varit ute här i området där du bor? eller känner du dig mer vilsen nu än tidigare när du kommer till nya platser. Här kan bedömaren be patienten rita upp sin lägenhet eller beskriva vägen till affären.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

3. Har du märkt några svårigheter med språket som du ej haft tidigare eller besvärligt att finna rätt ord ibland? Be patienten berätta vad hon/han gör på dagarna. Observera om patienten håller tråden, söker ord , upprepar sig eller krånglar in sig i detaljer.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

4. Tycker du att din kropp lyder dig som förut? Hur går det att promenera? Balans problem, muskelstelhet, förändring av gångmönster( bedömaren kan observera hur patienten går)

.....  
 .....  
 .....

5. Klär du dig själv utan problem? Och sköter personlig hygien? Har du några problem att få ihop hushållsapparater, dammsugare , kaffebryggare etc. (Om problem föreligger bedöm enligt AMPS, ADL-taxonomin eller sunnås adl.)

.....  
 .....  
 .....

6. Är du lika aktiv nu som du varit tidigare? Vanor som du tidigare haft men ej längre gör?

Intressen som avtagit ex tv-tittande, böcker, korsords lösning andra fritidsintressen? Kör du bil?.....  
.....  
.....

7. Har du lättare att bli irriterad nu än tidigare ? orkar du med barnbarn eller större bjudningar?  
.....  
.....  
.....

8. Tycker du att du har ett bra liv eller är det något som oroar dig , känner du olust ibland? Sover du bra?.....  
.....  
.....

9. Fjärrminnes frågor : vilket år blev du änka/änkling eller vilket år gifte ni er? Hur många barn har du och vilket år är dom födda? Hur många barnbarn har du? Var är du född? Vad har du jobbat med? Vad hette dina föräldrar? Hur många syskon var ni? Minns du andra världskriget?.....  
.....  
.....  
.....

## **Intervjuguide**

Be anhörig sitta med och (senare) bekräfta eller dementera det som sägs eller kontakta anhörig efter intervjun för detta.

### **1. Hur mår du i kroppen? Hur går det att promenera?**

**Har du några besvär med balans, smärta, muskelstelhet, förändringar av gångmönster?**

Observera hur personen går.

**Äter du några mediciner, i så fall för vad?**

Kan personen redogöra för sitt hälsotillstånd?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **1. Hur går det att klä sig? Sköta hygien? Sköta hushållet?**

**Har personen några svårigheter att få ihop hushållsapparater, dammsugare, kaffebruggare etc (Eventuellt kan bedömning/observation göras)?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **2. Hur ser en vanlig dag ut? Notera ev språksvårigheter, kan personen hålla tråden, söker/tappar ord, upprepar sig eller krånglar in sig i detaljer?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **3. Vad har du för intressen / aktiviteter som du tycker om att göra?**

**Har exv tv-tittande, böcker, korsords lösning eller andra intressen avtagit?**

**Kör du bil?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **4. Hur är det med minnet, tycker du att ditt minne försämrats? Om ja Hur länge har du känt det? Och kan du ange i vilka situationer? Om nej Fråga vad personen äter till frukost eller lunch? Om personen läst tidningen och kan berätta om senaste nyheten från tv eller tidning. Glömt spisplattor på?**

.....  
.....  
.....  
.....



**5. Har du upplevt några svårigheter att hitta när du varit ute i området där du bor?  
Eller känner du dej mer vilsen nu än tidigare när du kommer till nya platser? Be ev  
personen att rita upp sin lägenhet eller beskriva vägen till affären.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. Hur är det med humöret? Har du lättare att bli irriterad nu än tidigare?  
Orkar du med barnbarn eller större bjudningar?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Tycker du att du har ett bra liv eller är det något som oroar dej, känner olust ibland?  
Sover du bra?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Fjärrminnesfrågor: Vilket år gifte ni er eller vilket år blev du änka/änkling?  
Hur många barn har du och hur gamla är dom alt vilket år är de födda?  
Vad har du jobbat med?  
Var är du född och uppvuxen någonstans? Hur många syskon har du?  
Vad hette dina föräldrar? Minns du andra världskriget?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....