



Bjørn Lichtwarck, Ann-Marit Tverå, Irene Røen

# ► Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens

Manual, 2. utgave



Utgitt av:  
Alderspsykiatrisk forskningscenter  
Sykehuset Innlandet



Sykehuset Innlandet HF

HELSE  SØR-ØST



# Innhold

1. Forord .....	4
2. TID: en intervensjon i 3 faser – oversikt .....	6
3. Når bruker vi TID? Hvilke pasienter egner modellen seg for? .....	7
4. Målsymptomer: bli enig om hva som er utfordringene – bruk av NPI .....	7
5. Registrerings- og utredningsfasen .....	8
5.1. Observasjon av fakta: døgnobservasjonsskjema .....	8
5.2. Kartlegging av øvrige nevropsykiatriske symptomer .....	8
5.3. Kartlegging av depressive symptomer .....	8
5.4. Somatisk undersøkelse .....	8
5.5. Medikamentgjennomgang .....	8
5.6. Smertevurdering .....	8
5.7. Grad av demens .....	8
5.8. ADL-vurdering .....	8
5.9. Personhistorie .....	9
6. Igangsetting av tiltak under registrerings- og utredningsfasen .....	10
7. Refleksjons- og veiledningsmøtet .....	10
8. Tiltaks- og evalueringsfasen .....	17
9. Kognitiv atferdsterapi – nyttige prinsipper .....	17
10. Personsentrert omsorg – nyttige prinsipper .....	19
11. Forholdet mellom TID og andre miljøterapeutiske metoder .....	19
12. Referanser .....	20
13. Vedlegg – resultater fra pilotstudien og nyttige skjemaer .....	21
• Abstrakt fra TID-pilotstudien: International Psychogeriatrics, Volume 23, Issue S1, September 2011, pp S92-S138 .....	21
• NPI-fargekodeskjema til bruk for døgnobservasjon .....	23
• Døgnobservasjonsskjema i institusjon .....	28
• Atferd- og symptomregistreringsskjema hos hjemmeboende .....	29
• 5-koloneskjema for problemanalyse på refleksjons- og veiledningsmøtet .....	30

# 1. Forord

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, også kalt nevropsykiatriske symptomer, er en del av demenssyndromet, og rammer de fleste personer med demens gjennom sykdomsforløpet (1, 2). Disse symptomene skaper utfordringer både for pasienten, for pårørende og for personalet rundt pasienten. Første utgave av TID-manualen ble utgitt i 2012 som en støtte til en modell som skulle svare på disse utfordringene i praksis (3). Siden den gang har TID-modellen blitt anvendt i ulike sammenhenger, både for personer med demens i sykehjem og i sykehus, for hjemmeboende personer med demens og for pasienter uten demens med andre alvorlige lidelser. I møte med klinisk praksis har TID vist seg å fungere som en utrednings- og refleksjonsmodell med flere anvendelsesområder. Det var derfor behov for å revidere manualen slik at den er mer i overensstemmelse med faktisk bruk i praksis.

TID bygger på teorier og prinsipper både fra personsentrert omsorg og fra kognitiv terapi. Det er allmenn faglig enighet om at årsakene til atferds og psykiske symptomer ved demens og de fleste andre alvorlige psykiske lidelser er multifaktorielle. Det betyr at lidelsene samtidig kan ha både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker, og at årsakene påvirker hverandre. I tillegg vektlegges det at særlig atferdssymptomer ofte oppstår eller vedlikeholdes i samhandling med andre (4, 5). Dette relasjonelle perspektivet ved menneskelig atferd er sentralt for å forstå atferden. Det betyr at utredninger og intervensjoner bør være bredt anlagt og omfatte alle disse aspektene. Først da kan tiltakene som iverksettes ha mulighet for å lykkes, og en sikrer seg samtidig at tiltakene blir skreddersydd til den enkelte person (5). TID betegnes derfor som en biopsykososial intervensjonsmodell som tar mål av seg til å integrere både farmakologiske tilnærminger og miljøterapeutiske tilnærminger på en enkel måte tilpasset praksisfeltet. TID representerer en grundig utredning og analyse, og er et veikart til behandlingstiltak. TID skal være tverrfaglig og omfatte hele personalgruppen rundt pasienten fordi det er nettopp den enkelte helsearbeider og pleier ute i praksis som bruker mest tid sammen med pasientene. Det er de som skaper miljøterapien gjennom døgnet.

TID består av tre faser som er delvis overlappende. I 2. utgave av manualen er første fase, registreringsfasen, døpt om til registrerings- og utredningsfasen siden det er mer dekkende for denne fasen. Vi kaller nå den andre fasen, veiledningsfasen, for refleksjons- og veiledningsfasen, og selve veiledningsmøtet for refleksjons- og veiledningsmøtet. Navnet på siste fase er nå tiltaks- og evalueringsfasen. Komponentene i fasene er i hovedsak de samme som før, men benevnelsene er nå mer i tråd med det som faktisk skjer i fasene og med internasjonale betegnelser på sammenlignbare tilnærminger til nevropsykiatriske symptomer. I manualen brukes atferdsmessige- og psykologiske symptomer synonymt med nevropsykiatriske symptomer. Registrerings- og utredningsfasen er utvidet med at vi anbefaler å bruke et kartleggingsverktøy for å avdekke depressive symptomer. Det er tatt med fordi depresjon både utfra klinisk erfaring og forskning viser seg å være vanskelig å oppdage (6). I tillegg anbefaler vi nå en bredere kartlegging av atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved å ta i bruk hele NPI (nevropsykologisk evalueringsguide, sykehjemsversjonen) som ledd i kartleggingen (7). Et eget nytt skjema for atferd og symptomregistrering til bruk hos hjemmeboende er vedlagt. Det er lagt vekt på at personhistorien som innhentes også skal omfatte pasientens nåværende ressurser, og at innhenting av denne er en viktig innfallsvinkel for et tett samarbeid med pårørende.

I tillegg til avsnittet om hvordan en anvender prinsipper fra kognitiv terapi i modellen er det lagt til et avsnitt som forklarer på hvilken måte TID gjør bruk av prinsipper fra personsentrert omsorg i praksis. TID sees også i lys av andre miljøterapeutiske tilnærminger. To tabeller med oversikt over komponentene i registrering- og utredningsfasen og strukturen i refleksjons- og veiledningsmøtet er lagt til, slik at en kan følge disse uten å lese hele avsnittet om temaene. Fargekodene i NPI-døgnregistrerings-skjemaene er endret til slik de brukes mange steder i dag.

TID ble utviklet i praksisfeltet, ved sykehjemmet Tjærahågen Bofellesskap i Rana kommune. Den er basert på flere års arbeid med beboere med demens med tilleggssymptomer som har skapt store utfordringer (6).

Modellen ble senere videreutviklet ved Alderspsykiatrisk Forskningscenter og alderpsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet. Modellen er lett å lære, og er enkel å integrere i klinisk praksis. TID gir en komplett og helhetlig tilnærming både til utredning og tiltak. Vi har erfaring for at systematisk bruk av modellen både har hjulpet våre pasienter og har hjulpet personalet til å forholde seg hensiktsmessig til disse utfordringene. I samarbeid med Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF gjennomførte vi i 2010-2011 en åpen ikke kontrollert pilotstudie over 6 måneder i 9 sykehjem hvor vi inkluderte 30 pasienter med alvorlig grad av agitasjon. Studien, og fokusgruppeintervjuer av personalet i tilknytning til denne, viste at TID er en solid klinisk og tverrfaglig modell som lett kan implementeres i sykehjem. Pilotstudiens resultater viste signifikant bedring av agitasjon hos pasientene og signifikant reduksjon i belastningen for sykehjempersonalet. Studien er publisert som abstrakt i *International Psychogeriatrics*, volum 23, supplement 1, september 2011 (se vedlegg) (8).

TID manualen er et kort og praktisk hjelpemiddel for å kunne gjennomføre TID. Den beskriver hvordan man steg for steg går fram for å iverksette intervensjonsmodellen. Siden forrige utgave av manualen er det produsert en undervisningsfilm som illustrerer modellen med særlig vekt på gjennomføringen av refleksjons- og veiledningsmøtet (9). Link til filmen finner du bakerst i manualen.

En egen hjemmeside som støtte for anvendelse av modellen er under utarbeidelse med adresse [tidmodell.no](http://tidmodell.no).

De som skal bruke TID modellen bør på forhånd ha gjennomgått undervisning om demens med særskilt vekt på atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Personalet som skal lede arbeidet i avdelingen med innføring av TID-modellen og lede refleksjons- og veiledningsmøtene bør ha fått særskilt opplæring i modellens prinsipper.

Prosjektet har vært støttet økonomisk av den norske legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Rana Kommune, Alderspsykiatrisk Forskningscenter (AFS) ved Sykehuset Innlandet HF, Forskningsavdelingen ved Sykehuset Innlandet HF, og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) Universitetet i Tromsø.

1. november 2015

*Bjørn Lichtwarck, Ann-Marit Tverå og Irene Røen*

“There is nothing either good or bad, but thinking makes it so.” *Hamlet, Shakespeare*

## 2. TID – en intervensjon i 3 faser – oversikt

TID er et systematisk verktøy som personalet i samarbeid med lege anvender for å utrede og behandle atferdsmessige - og psykologiske symptomer hos personer med demens eller andre komplekse tilstander. Disse symptomene kalles også nevropsykiatriske symptomer og noen ganger utfordrende atferd. Intervensjonen bygger på prinsipper og struktur fra kognitiv atferdsterapi og fra personsentrert omsorg (10, 11). Målet er å skreddersy tiltakene overfor pasienten.

Gjennomføringen består av tre faser som kan overlappe:

- En **Registrerings - og utredningsfase** med undersøkelse av pasienten, innhenting av tidligere sykehistorie, bakgrunnsopplysninger, kartlegging av symptomer og nøye døgnregistrering av atferd og symptomer.
- En **Refleksjons - og veiledningsfase** der det gjennomføres et eller flere refleksjons - og veiledningsmøter for hele personalgruppen. Gjennom systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper skreddersys tiltak for den enkelte pasient. Situasjonen gjennomgås ved at en tar i bruk den kognitive problemløsningsmetoden hvor et problem analyseres av gangen (12). Dette gjøres systematisk ved hjelp av 5-kolonne-teknikk på tavle eller flippover der de følgende fem aspekter gjennomgås (12):
  - Fakta
  - Tolkning
  - Følelser hos personalet
  - Tiltak
  - Evaluering
- En **Tiltaks og - evalueringsfase** der tiltakene fra refleksjons - og veiledningsmøtet testes ut i praksis og evalueres.

Når en pasient utviser symptomer eller atferd som oppleves som utfordrende, starter en utredning - og registreringsfasen. Denne fasen er beskrevet i detalj i avsnitt 5 i manualen. Denne fasen kan vare fra en dag til tre – fire uker avhengig av hvor god tid man har til å observere pasienten uten å sette inn systematiske tiltak.

Refleksjons - og veiledningsmøtet planlegges til en dato der en har mulighet til å samle flesteparten av personalet, og pasienten er tilstrekkelig utredet. Man må i tillegg ha tilstrekkelig med observasjoner og registreringer om pasienten og utfordringene. Dette møtet er beskrevet i avsnitt 7.

Tiltaks - og evalueringsfasen er tiden etter veiledningsmøtet der de foreslåtte tiltakene testes ut i praksis og evalueres. På refleksjons - og veiledningsmøtet skal en ha fastsatt tidspunktet for evaluering og på hvilken måte evalueringen skal gjennomføres. I praksis fortsetter vi de samme døgnregistreringene som før veiledningsmøtet og gjentar noen av skalaene en har brukt under utredningen. Se avsnitt 8 for en beskrivelse av denne fasen.

### 3. Når bruker vi TID? Hvilke pasienter egner modellen seg for?

I klinisk praksis bruker vi modellen når vi har arbeidet med en pasient som grunnet atferdsmessige eller psykologiske symptomer gir store utfordringer for seg selv, pårørende, andre pasienter eller for personalet. Vanligvis blir modellen brukt der vi opplever stor grad av agitasjon, aggresjon eller psykotiske symptomer, eller der personalet opplever å komme til kort med intervensjoner i det daglige. Dersom utfordringen er enkel å løse med tiltak, og den ikke krever grundigere utredninger, bruker vi ikke modellen systematisk. Dersom pasienten for eksempel helt klart lider av en depresjon, og vi finner tiltak som ser ut til å ha effekt, er det ikke nødvendig å ta i bruk modellen fullt ut.

Når personalet er godt trent i modellen og denne måten å forstå atferdsmessige og psykologiske symptomer på, vil en kunne bruke elementer av modellen i mindre skala i hverdagen, på kortere møter, legevisitter og ved mer uformelle drøftinger om pasienten. Modellen kan også nyttes til regelmessig veiledning av personalet ved demensavdelinger, ved sykehusavdelinger, i hjemmetjenester osv.

### 4. Målsymptomer: bli enige om hva som er utfordringene – bruk av NPI

Før en starter registreringer av atferdsmessige og psykologiske symptomer, er det sentralt at personalet enes om hvilken atferd eller hvilke psykiske symptomer som skaper utfordringene. Dette gjøres av ansvarlig sykepleier sammen med de av det øvrige personalet som kjenner pasientens symptomer og atferd best. En bestemmer da målsymptomene eller atferden som skal observeres og registreres. Vi anbefaler at en bruker detaljert kategoriene slik de benevnes og beskrives i NPI - sykehjemsversjonen (Nevropsykologisk evalueringsguide), men for dette formålet kun de som passer for den aktuelle atferden eller symptomene til pasienten. Dette vil gi presise benev-

ninger og beskrivelser på de symptomene en ønsker å påvirke og det sikrer at alle vet hva vi skal registrere til enhver tid.

Dersom atferden og symptomene har mange ulike karakterer må man, for ikke å miste oversikten, velge ut to eller tre (maksimum fire) som en ønsker å følge med registreringer. I tillegg registrerer vi alltid søvn på døgnobservasjonsskjema siden det er viktig for utredningen, og har store konsekvenser for det øvrige miljøet i avdelingen.

## 5. Registrerings- og utredningsfasen

Alle kartleggings skjemaer som anbefales brukt her kan du finne og laste ned for utskrift fra [aldringoghelse.no](http://aldringoghelse.no). Vedlagt denne manualen finner du NPI-fargekodeskjema og et forslag til døgnobservasjonsskjema i sykehjem (13). Vi har også utviklet og lagt ved et eget slikt registrerings-skjema til bruk hos hjemmeboende. I tillegg finner du i figur 1 en sjekklister for registrerings - og utredningsfasen.

### 5.1 Observasjon av fakta – døgnobservasjonsskjema

Når personalet, den faglige ledelsen og eventuelt pårørende er blitt enige om målsymptomene, starter en registreringer på døgnobservasjonsskjemaet (14). Dette gjøres daglig ved hjelp av fargekoder som tilsvarer de aktuelle symptomene eller atferden. Eksempel på døgnobservasjonsskjema og NPI skjema med fargekoder er vedlagt denne manualen. For hjemmeboende har vi lagt ved et eget skjema til bruk ved besøk slik at en også der kan få kartlagt de viktigste atferdsmessige – og psykologiske symptomene med de samme fargekodene fra NPI.

### 5.2 Kartlegging av andre atferdsmessige og psykologiske (nevropsykiatriske) symptomer

I tillegg til de symptomer som skal følges på døgnobservasjonsskjemaet, anbefaler vi at det gjøres en komplett kartlegging av andre mulige nevropsykiatriske symptomer ved hjelp av kartleggingsverktøyet NPI, nevropsykologisk evalueringsguide. Som regel har pasientene flere symptomer samtidig, og det kan være nyttig i denne fasen å danne seg et bilde av hyppighet og intensitet av alle symptomene. Da unngår en at viktige symptomer oversees. Dersom en utfører dette før en setter inn behandlingstiltak, kan en da også bruke NPI for å evaluere effekter av tiltakene.

### 5.3 Kartlegging av depresjonssymptomer

Depresjon kan noen ganger være den underliggende lidelsen ved atferdsmessige og psykologiske symptomer. Det er derfor ekstra viktig å gjøre en grundig kartlegging av depressive symptomer. Vi anbefaler bruk av Cornell skala ved demens og MADRS dersom pasienten ikke har demens (6).

### 5.4 Somatisk undersøkelse

I registreringsfasen inngår en kartlegging av pasientens somatiske og mentale helse utført av pasientens lege. Dette bør gjøres så snart det er praktisk mulig, og innebærer en vanlig klinisk undersøkelse av pasienten der en har særlig fokus rettet mot mulige årsaker til de atferdsmessige og psykologiske symptomene.

### 5.5 Medikamentgjennomgang

Pasientens lege skal foreta en kritisk gjennomgang av pasientens legemidler med særskilt vekt på mulige bivirkninger som kan forårsake eller bidra til atferden eller målsymptomene. Dersom det er forsvarlig skal dosene av slike medikamenter forsøkes redusert eller medikamentene seponeres helt.

### 5.6 Smertevurdering

Smerter er en vanlig årsak til nevropsykiatriske symptomer. I forbindelse med somatisk status av pasienten skal det gjøres en klinisk vurdering av om pasienten har ubehandla smerter som kan forårsake noen av disse symptomene. Adekvat utredning og smertelindrende tiltak settes i verk om dette mistenkes. Til denne vurderingen kan det være aktuelt å bruke et kartleggingsverktøy f.eks. MOBID-2 (14). Da gjøres smertevurderingen i forbindelse med stell-påkledningssituasjonen.

### 5.7 Grad av demens

Dersom det foreligger mistanke om demens vurderes graden av kognitiv svikt ved hjelp av f.eks. MMSE-NR, obs-demens eller KDV (Klinisk Demens Vurdering) utført av pleier ved avdelingen (13, 15, 16).

### 5.8 ADL-vurdering

Pasientens funksjonsnivå i dagliglivet kartlegges ved hjelp av for eksempel Barthel-ADL indeks eller Lawton og Brodys ADL-skala, utført av personalet som kjenner pasienten best. (17, 18). Ved å gjøre en grundig kartlegging av faktisk funksjonsnivå unngår en både over-



vurdering eller undervurdering av pasientens funksjons-  
evne. Begge deler kan utløse og vedlikeholde nevropsyki-  
atriske symptomer.

## 5.9 Personhistorie

Kartlegging av pasientens livshistorie, ressurser og prefe-  
ranser gjøres av primærkontakt ved å intervju pasienten  
selv der det er mulig og intervju nærmeste pårørende.  
Dette intervjuet er et godt utgangspunkt for det videre  
samarbeidet med de pårørende. Ofte kan pårørende gi  
opplysninger om mulige årsaker til atferdsmessige og  
psykologiske symptomer, og hvilke tiltak som har vært  
virksomt tidligere. Det finnes ulike skjemaer for dette  
formålet. Et eksempel er Min Livshistorie som kan lastes  
ned fra [aldringoghelse.no](http://aldringoghelse.no)

FIGUR 1: Sjekkliste over oppgavene som bør utføres i registrering - og utredningsfasen av TID

Sjekkliste for registrerings- og utredningsfasen i TID			
AKTIVITET	<b>Målsymptomer:</b> Bli enig om hva som er de viktigste utfordringene – bruk NPI (se vedlegg i denne manualen) for å finne presist beskrevne mål.		ANSVARLIG
	Observasjon av fakta – Døgnobservasjonsskjema (se vedlegg)	Personalet	
	Kartlegging av andre nevropsykiatriske symptomer, f.eks. NPI	Personalet	
	Cornell skala eller MADRS for depresjonsvurdering	Personalet	
	Somatisk undersøkelse	Lege	
	Medikamentgjennomgang	Lege Sykepleier	
	Smertevurdering, f.eks. MOBID-2	Personalet Lege	
	Grad av demens, f.eks. KDV	Personalet Lege	
	ADL-vurdering, f.eks. PSMS (aktiviteter i dagliglivet)	Personalet	
	Personhistorie innhentes, f.eks. Min Livshistorie	Personalet intervjuer pasient og pårørende	
Avtal tid og sted for refleksjons- og veilednings- møtet	Personalet/TID-administrator		

## 6. Tiltak i registrerings- og utredningsfasen

Det vil noen ganger være behov for å sette inn tiltak allerede under registrerings- og utredningsfasen av hensyn til pasienten og de utfordringer personalet møter. Det er sentralt at disse tiltakene blir journalført, og at tiltakene anmerkes på døgnregistreringsskjemaet. Medikamentell behandling av utfordrende atferd anbefaler vi derimot så

langt det er mulig å utsette til en har fullført registreringsfasen. Dette er ønskelig både for å bedre beslutningsgrunnlaget for eventuell medikamentell behandling, men også for sikre at ikke-medikamentelle tiltak blir forsøkt først. Unntaket er smertelindrende behandling som nevnt i avsnitt 5.6.

## 7. Refleksjons- og veiledningsmøtet

Et eller flere refleksjons- og veiledningsmøter er neste fase i intervensjonsmodellen. Rent praktisk må en sette av en til to timer der en samler så mange av personalet fra avdelingen som mulig. Det betyr at avdelingsleder må leie inn ekstra pleiere for å dekke opp fraværet på avdelingen. De som har fri i forhold til sin turnus bes om å møte ekstra. Dette er den største enkeltkostnaden ved modellen. En må ha et møterom der det er plass nok til alle, og har tilgang til tavle og flippover. Møtet krever derfor litt forberedelse og må avtales i god tid. Det er mulig å gjennomføre et slikt møte med færre deltakere, og med bruk av kortere tid, men der en følger hovedstrukturen i møtet. Det kan være for eksempel være aktuelt der det haster å komme fram til tiltak, kortere morgenmøter, ved rene evalueringsmøter og så videre.

Hos hjemmeboende vil det være aktuelt å samle de som arbeider i hjemmetjenestene rundt pasienten inklusiv fastlegen dersom det er mulig. Noen ganger kan det være aktuelt å ta med pårørende på slike møter, men ikke alltid. Her må en ha en pragmatisk tilnærming som tar hensyn til alle parter, og der deltagelse vil kunne variere fra møte til

møte avhengig av hva man ønsker å arbeide med og hvilke muligheter som foreligger. Man kan likevel følge hovedstrukturen i møtet, og pårørende kan få en kort instruksjon ved starten av møtet som forklarer kolonneteknikken.

Refleksjons- og veiledningsmøtet følger en fast struktur som er inspirert av konsultasjonene i kognitiv terapi. En oversikt over dette møtet finner du i figur 2 i slutten av dette avsnittet.

Nærmere beskrivelse av sammenhengen mellom TID og prinsipper i kognitiv atferdsterapi finnes i avsnitt 9 i denne manualen. Fast struktur gir trygghet og sikrer samtidig at møtet blir noe mer enn bare en bekreftelse på hvor vanskelig og utfordrende situasjonen er.

Målet er å oppnå en felles og hensiktsmessig forståelse av situasjonen, enes om de tiltak som følger av denne forståelsen, og så teste dem ut i neste fase for å lette pasientens og våre egne byrder.

## Møtestruktur for refleksjons - og veiledningsmøtet:

(se figur 2)

1. Statusrapport – sykehistorie – personhistorie presenteres (bruk maksimum 10-15 minutter)
2. Lag problemliste (alle deltar)
3. Prioriter i problemlista (på punkt 2 og 3 bruk maksimum 10 minutter)
4. Lag 5 - kolonneskjema: fakta, tolkninger (tanker), følelser, tiltak, evaluering
5. Beskriv fakta – fra registreringsfasen: et problem av gangen skal drøftes i punktene 5 – 9
6. Foreslå tolkninger – bruk veiledet oppdagelse – diskuter/vektlegg tolkningene
7. Beskriv event. følelser personalet har – med tanker (tolkninger) av disse fra personalets side.
8. Foreslå tiltak – basert på tolkninger, evalueringsmetode og evalueringstidspunkt for hvert tiltak
9. Oppsummer tolkninger og tiltak (5 -10 minutter)

For punktene 4, 5, 6, 7 og 8 setter en av ca. 60 minutter. Det er viktig å holde tiden så en kommer gjennom alle punktene i møtet for den eller de aktuelle utfordringene en skal drøfte.

Det er lettest å være to til å lede møtet siden det både skal ledes og brukes tavle eller flippover. I tillegg bør en av møtelederne skrive referat fra møtet. Møtelederne må være trent i modellen, men det er ingen krav om utdanning i kognitiv terapi siden det er bare prinsippene fra terapiformen som danner grunnlaget for modellen. Møtelederne må dog selv være fortrolige i å skille på de kognitive begrepene: situasjon (dvs. hva som er målbare fakta), tanker (tolkninger), atferd og følelser, og den kognitive modells

forståelse av forholdet mellom disse.

Se avsnitt 9 i manualen for nærmere forklaring om dette.

### *Statusrapport*

En starter møtet med en kort oppsummering av det vi vet om pasienten: personhistorien presenteres med vekt på pasientens preferanser og ressurser. Så presenteres kort det viktigste om demenssykdommen eller eventuell annen hovedlidelse, funksjonsnivå og somatisk og psykisk helse forøvrig. Hvem som gjør dette må være avtalt på forhånd siden det krever noe forberedelse. Vedkommende må også ha med seg pasientens journal og øvrig dokumentasjon fra registreringsfasen til møtet. En bør ikke bruke mer enn ca. 10- 15 minutter til denne statusrapporten.

### *Problemliste - prioritering*

Så lages det en problemliste på tavle eller flippover. Her kan personalet fritt foreslå det de synes er viktig for dem, men som regel vil det være den atferden eller de symptomene som er registrert i kartleggingsfasen som er mest aktuelle. Møteleder forsøker å konkretisere problemene sammen med personalet slik at de representerer målbare objektive symptomer eller atferd, og ikke tolkninger eller tiltak som omhandler problemene. F.eks. kan problemstillingen som blir fremmet være at pasienten nekter å bli stelt. Dette bør da omdefineres som vansker med personlig hygiene for pasienten. Da kan man lettere beskrive fakta rundt hygienebehovet, og være mer åpen for å diskutere hvor stort problemet egentlig er for pasienten. Møteleder ber så personalet selv prioritere i problemlisten, og bestemme hva som helt nødvendig å få drøftet i løpet av møtet. Som regel kommer en gjennom 1 – 2 problemstillinger i et møte. Siden utfordringene henger sammen med hverandre, er dette noen ganger nok.

### *Kolonneteknikk – veiledet oppdagelse*

Fra problemlisten behandles så et problem av gangen ved hjelp av kognitiv kolonneteknikk. Fem kolonner tegnes på tavlen/flippover: 1. situasjon/fakta 2. Tanker/tolkninger 3. Følelser (personalets) 4. Tiltak 5. Evaluering. Personalet drøfter disse ulike aspektene av problemet som er valgt ut. Fakta er som regel det vi har registrert fra før i registreringsfasen eller så må vi rekonstruere det under møtet.

En går så over til kolonnen for tolkninger. Møtelederne forsøker på en åpen og inviterende måte å få personalet til å komme fram med sine egne tolkninger ved å bruke åpne spørsmål, og innta en åpen ikke-dømmende holdning. Dette kalles veiledet oppdagelse (19). En drøfter begrunnelser for ulike tolkninger, og hvilke som er mest sannsynlige og hensiktsmessige for å hjelpe pasienten. Dersom noen i denne fasen foreslår et tiltak, plasseres det i kolonnen for tiltak, og så kommer man tilbake til det når en er ferdig med tolkningene.

I kolonnen for følelser beskriver en de følelsesmessige reaksjoner som den utfordrende adferd vekker hos personalet. Dette medvirker til at personalet blir klar over at egne følelser som tristhet, maktesløshet, redsel, sinne og irritabilitet er normale, og at disse kan virke inn på samspillet med pasienten. Ved å gi aksept for dette kan en diskutere hvordan en kan håndtere slike følelser, og hjelpe personalet til å forstå dem som et resultat av en måte å tenke på. Forståelsen og tolkningen av det som ligger bak følelsene, fører en også opp i kolonnen for tanker (tolkninger). Samtalen på refleksjons – og veiledningsmøtet har som mål å bidra til redusere sterke ubehagelige følelser fordi man oppnår en mer hensiktsmessig forståelse og tolkning av situasjonen.

I kolonnen for tiltak vil en i stor grad bygge på den forståelsen vi har oppnådd. Her skal en også stille åpne spørsmål og få fram så mange tiltak som mulig (brainstorming). Så foretar man sammen en utvelgelse av tiltak(ene) som er mest hensiktsmessige og praktisk mulige å gjennomføre. Det er et sentralt poeng at personalet selv opplever at de har et ansvar for å komme fram med både tolkninger og tiltak, og at møteledelsen bare veileder dem for å oppnå dette gjennom veiledet oppdagelse.

#### *Gjennomføring av tiltakene:*

Tiltakene som det enes om, skal være SMARTe slik vi bruker dette begrepet innenfor den kognitive terapitradisjonen (20).

Når økt aktivisering for en pasient skal prøves ut, skal tiltaket beskrives på forhånd på følgende måte for at det skal være SMART:

**SPESIFIKT:** presisere i detalj hvordan aktiviteten skal gjennomføres. Hvem har ansvaret for gjennomføringen.

**MÅLBART:** det må være mulig å registrere aktiviteten og når tid den blir utført.

**AKTUELT:** aktiviteten må kunne gjennomføres nå, ikke om flere uker. Når skal den starte?

**REALISTISK:** avklar om det er mulig å få dette til, for eksempel med dagens ressurser.

**TIDSAVKLART:** det må bestemmes hvor lenge vi skal forsøke tiltaket og når det skal evalueres.

Det vil si at tiltakene må planlegges i detalj hvordan og når de skal gjennomføres, hvor lenge de skal forsøkes, og hvem som har ansvaret for at dette blir gjort. En må i tillegg diskutere mulige hindringer som må overvinnes for å få gjennomført disse.

Det legges ingen særskilte begrensninger på tiltakene. Tiltakene vil variere fra pasient til pasient. Listen over tiltak er uuttømmelig: musikkterapi, erindringsterapi, økt fysisk aktivitet i form av for eksempel regelmessige turer, baking og andre daglige aktiviteter, aromaterapi, skjerming, grensesetting, validering, realitetsorientering, initiativ til mer involvering av pårørende, detaljert prosedyre for kommunikasjon under stell, fordeling av ansvar mellom pleiere osv. Tiltakene kan spenne fra endringer som har betydning for hele avdelingen eller mer målretta tiltak i forhold til den enkelte pasient. Medikamentelle tiltak er også aktuelle, men ikke-medikamentelle tiltak skal utprøves først så langt det er mulig. Tiltakene bør så skrives inn i det system avdelingen har fra før for planlegging av arbeidet med pasienten så som dagsplaner, ukeplaner, holdningsplaner, pleieplaner, behandlingsplaner osv.(21).

#### *Evaluering*

For hvert problem fastsettes det hvordan tiltakene skal evalueres og tidspunkt for når tid dette skal skje. Dette noteres fortløpende for hvert tiltak i kolonnen for evaluering. Som regel vil en gjøre dette ved å fortsette de døgnregistrerin-

gene og gjenta de kartleggingsskjemaene en brukte i registrerings – og utredningsfasen. En kan f.eks. avtale en dato for evaluering på en vanlig legevisitt eller et nytt refleksjons – og veiledningsmøte om det er behov for det.

### Oppsummering

Møteleder bør starte oppsummeringen ca. 5-10 min før møteslutt. For hvert problem oppsummeres kort de felles tolkningene og de tiltakene vi skal teste ut framover. Det gis også mulighet til å komme med tilbakemeldinger om selve veiledningsmøtet.

### Hjelpemidler til bruk under refleksjons- og veiledningsmøtet

I figur 2 finner du et en skjematisk oversikt over møtet. I figur 3 vises et eksempel på en kolonnetabell med resulta-

ter fra et tenkt veiledningsmøte der vi illustrerer hvordan problemet aggresjon kan drøftes. Videre finner du noen råd om hvordan du kan bruke såkalt sokratisk dialog under refleksjons – og veiledningsmøtet. Sokratisk dialog er en måte å spørre og reflektere på som kan bidra til en mer utforskende tenkemåte. I tillegg har vi lagt ved 4 TIDs-tips som kan hjelpe deg til å reflektere rundt noen vanlige problemstillinger som ofte dukker opp i dette møtet. Og til slutt i dette avsnittet ligger en øvelse som kan hjelpe deg i å bli bedre til å skille mellom hva som er fakta dvs. det du observerer, hva som er tanker (tolkninger) og hva som er følelser. Å bli bedre til å skille mellom fakta, tanker og følelser gjør det lettere å løse problemer både for en selv og i samspillet med pasienter. Det gjør det lettere å bruke kolonneteknikken under refleksjons – og veiledningsmøtet.

FIGUR 2: Oversikt over strukturen og tidsbruken i refleksjons - og veiledningsmøtet.

Oversikt refleksjons- og veiledningsmøtet (1,5 timer)			
AKTIVITET	<b>Før møtet:</b> Innkalle – ordne møterom med tussj/tavle/flip-over. Forberede – avtal også på forhånd hvem som skal forberede og presentere personhistorie og sykehistorie.	TID-administrator En leder møtet. En skriver på tavle/flip-over. En skriver referat	
	<b>1. Statusrapport</b> dvs. sykehistorie personhistorie presenteres	10-15 min.	Avtalt på forhånd hvem som presenterer
	<b>2. Lag problemliste</b>	10 min.	Personalet Avdelingsleder Sykehjemslege
	<b>3. Prioriter i problemlista</b>		
	<b>4. Lag 5-kolonneskjema:</b> Fakta, tolkning (tanker), følelser, tiltak, evaluering	60 min.	
	<b>5. Beskriv fakta</b> fra registreringsfasen: et problem om gangen		
	<b>6. Foreslå tolkninger</b> veiledet oppdagelse – diskuter/vektlegg dem		
	<b>7. Beskriv evt. følelser personalet har</b> med tanker (tolkninger) av disse fra personalets side		
	<b>8. Foreslå SMARTe tiltak</b> basert på tolkninger – bestemme evalueringsmåte og tidspunkt		
<b>9. Oppsummer</b> tolkninger og tiltak	5-10 min.	TID-administrator eller møteleder	
			ANSVARLIG

FIGUR 3: Kolonnetabell fra et tenkt refleksjons - og veiledningsmøte

<b>Utfordringer (problemliste):</b>				
<b>1. slår og sparker personalet (aggresjon)</b>				
<b>2. vandrer naken ut i fellesareal</b>				
<b>3. går inn på andre pasientrom</b>				
Fakta - Registrering	Tolkninger - tanker - forståelser	Følelser personal	Tiltak	Evaluering
Aggresjon: slår - sparker ved morgenstell daglig	"Han gjør det bevisst" – han har frontallapps- affeksjon – redusert kontroll el. valg- mulighet. Vi er utrygge, kan bli skadet – ingen har blitt skadet hittil, han er ikke sterk, liten fare Vi er for få på jobb. - Vi har prøvd å være flere, men det hjelper ikke Jeg er ikke dyktig nok. Vi gjør vårt beste, det er godt nok. Selve demenssykdom- men: forstår ikke – langtkommen Bivirkninger av Haldol-Sobril: svekket kognisjon	Irritasjon Sinne Angst Tristhet	Opplæring teknikk for å unngå slag innen en uke. (ansvar: Ann-Marit) Dele opp dagen mellom personalet – se liste fra i morgen (ansvar: Line) Sjekk ut musikkpreferanse: pårørende – ordne med CD (ansvar: Rikke). Bruke hans egen musikk under stell denne uken. Seponere Haldol først, i en uke, så seponere.SOBRIIL. Vurder om en uke å gi ARICEPT 5 mg økende til 10 mg e. 4 uker (ansvar: lege)	Fortsette atferdsregistreringer på døgnobservasjonsskjema aggresjon – punkt 5 og 7 i NPI-skjema. Drøftes på legevisitt om 4 uker.

## Sokratisk dialog – som hjelpemiddel i TID refleksjons- og veiledningsmøtet

«Sokratisk dialog er veiledning ved hjelp av spørsmål som er utforskende og fremmer logisk tenkning» (19).

- ▶ **Drøft alltid et tema av gangen.** Det vil si noter ned andre tema som dukker opp, men kom tilbake til dem senere. Si for eks.: «Dette var interessant. Jeg noterer det ned, og så kommer vi tilbake til det når vi er ferdig med det vi holder på med nå».
- ▶ **Vær empatisk** – ikke vær dømmende eller nedlatende – noter alle refleksjoner, men be om presiseringer og begrunnelser dersom noe er uklart.
- ▶ **Prøv å stille åpne spørsmål** for å skape refleksjon – unngå spørsmål som gir ja eller nei – svar.
- ▶ **Unngå direkte ledende spørsmål** – gruppen selv skal prøve å finne svar og reflektere seg fram til forståelsen eller ulike forståelser.
- ▶ **Grav dypere**, spør videre for å få fram konkrete og presise forståelser dersom noe blir overflatisk . Eks.: «Hvis vi forstår dette slik du sier, hva betyr det da for oss, og for pasienten?»
- ▶ **Be om begrunnelser** eller avveininger ved tolkninger: «hva taler for – hva taler mot din forståelse?» Dette åpner opp for refleksjon, særlig ved negative tanker.
- ▶ **«Finnes det andre måter å forstå det hele på?**  
Hva vil det kunne bety i så fall?»
- ▶ **Inviter deltagerne til å ta pasientens perspektiv:**  
«Hvis du var pasienten i denne situasjonen på avdelingen, hva tror du du ville du tenkt da?» «Sett fra pasientens ståsted – hvordan kan vi forstå det hun gjør?»
- ▶ **Presenter et forslag dersom gruppen står fast:**  
Formuler et forslag som du har tro på, men formuler det som et spørsmål:  
Eks.: «Kan det være slik at pasienten egentlig ønsker

å være mer alene?» «Finnes det noen holdepunkter i personhistorien eller atferden som underbygger dette?» Denne type spørsmål er ledende spørsmål, men nødvendig av og til for å komme videre både ved tolkninger og ved tiltak.

- ▶ **Oppsummer alltid** det som er blitt sagt før du går videre, og sjekk ut om en felles forståelse er oppnådd: «Hvis jeg har forstått dere rett, så er det slik at osv. Har jeg forstått dere riktig?»

## 4 TIDs-tips til refleksjons- og veiledningsmøtet

**Her følger noe råd om problemstillinger som ofte dukker opp i møtet:**

«**Tiltaket eller behandlingen virker bare av og til.**» Om å ikke kreve at en behandling eller et tiltak virker hver gang.

- ▶ Tiltak behøver ikke å virke hver gang for at vi skal ta dem i bruk. Det holder at de gjør nytte noen ganger dersom de ikke krever for mye eller koster for mye å gjennomføre. Kanskje virker de hver tredje eller hver fjerde gang. Det kan være godt nok for å bruke et tiltak regelmessig. Det er bedre enn ingen effekt.

«**Hun slår og kjefter bevisst? Det virker så planlagt.**» Om redusert impuls kontroll.

- ▶ Noen ganger kan det se ut som personer med demens eller med andre alvorlige psykiske lidelser gjør vonde eller plagsomme ting «bevisst» eller planlagt. Det er lurt å skille mellom å kunne planlegge det en gjør og det å utføre selve handlingene. Ved demens har mange pasienter redusert impuls kontroll slik at de ikke kan stoppe eller hindre lysten til å slå, rope, kjeffe osv. De har med andre ord ofte ikke noe valg til å handle annerledes grunnet sin sykdom. Både evnen til å kontrollere atferd og å forstå konsekvensene av sin atferd er ofte redusert.

«Vi tror hun klarer mer enn hun egentlig gjør. Hun vil helst ha mest mulig hjelp.» Om eksekutiv svikt.

► Pasienter med demens eller andre hjernelidelser kan noe ganger virke passive og ikke ville utføre enkle gjøremål som de rent fysisk ville klart, og kanskje også mentalt tilsynelatende skulle klart. Vi forventer at de skulle klare mer enn de faktisk gjør. Dette skyldes ofte det som kalles eksekutiv svikt. Det er hjerneskadene som gjør at de ikke klarer å sette i gang og/eller å fullføre en handling. Det skyldes ikke at de ikke vil, eller vil ha mest mulig hjelp, men de får det ikke til, og trenger mer hjelp enn vi tror til å komme i gang og/eller fullføre handlinger.

«Vi føler oss maktesløs. Ingenting vi gjør nytter. Han er like dårlig uansett.» Om å redusere følelsen av maktesløshet.

► Pasienter med uro og aggresjon grunnet hjernesykdom vil noen ganger ha langvarige plager uansett hva vi gjør av tiltak. Det kan også gjelde ved alvorlig depresjon og angst. Det skyldes ofte i stor grad selve hjernesykdommen. Disse pasientene trenger vårt nærvær, å bli holdt i hånden, trøstet, sunget til, få godt stell og god mat osv. til tross for at ingenting synes å hjelpe mot de psykiske plagene. Da må vi justere ned våre egne forventninger om at de skal bli bedre på grunn av våre tiltak. Og samtidig må vi vite at det vi gjør ved å ta godt vare på dem og å trøste dem, gir mindre indre smerte hos dem selv om det ikke synes utenpå. Trygghet, trøst og varme er uvurderlig når en har det vondt. Selv om en ikke blir bedre. **Å føle seg maktesløs dvs. tenke at en er uten makt, kan handle om et ønske om å «makte» mer enn det som er mulig å få til i virkeligheten, og samtidig under-vurdere det gode en faktisk gjør.**

### En øvelse i å skille mellom fakta, tanker og følelser

Å skille mellom fakta (det som faktisk skjer), våre tanker om det som skjer og våre følelser som følger av våre tanker kan være vanskelig. For å løse vanskelig utfordringer i et felleskap er dette svært viktig. Vurder utsagnene nedenfor og skriv bak hver av dem om du mener det er fakta, tanke eller følelse som beskrives.

**Merk med bokstav:**    **F**akta/situasjon    **T**anke    **F**ølelse

- Magny er dårlig .....
- Hun ligger i senga hele dagen.....
- Hun er for lite tilstede .....
- Han har feber .....
- Dette får jeg aldri til .....
- Jeg er trist.....
- De på den avdelingen kan jo ingenting .....
- Hun drikker ca. 500 ml hver dag .....
- Ingenting her på avdelingen fungerer .....
- Han slår personalet i hver stellsituasjon .....
- Skyld.....
- Jeg er sint og irritert.....
- Han gjør det bevisst .....
- Jeg er redd.....
- Jeg orker ikke mer av dette .....
- Hun kan ingenting fordi hun er vikar.....
- Hun er hjelpeier .....
- Glede.....
- Hun kommer seg for lite ut.....
- Atferden skyldes hjernesykdommen .....
- Han har en langtkommen demenssykdom .....



## 8. Tiltaks- og evalueringsfasen

I løpet av refleksjons- og veiledningsmøtet fastsettes det hvilke tiltak som skal testes ut de neste ukene, hvordan og når tid disse skal evalueres. Som regel innebærer dette at en fortsetter de tidligere avtalte døgnregistreringer og etter en tid bruker de samme kartleggingsinstrumenter som en brukte i registerings- og utredningsfasen.

En bør ha avtalt en dato for evaluering for eksempel på en ordinær legevisitt, annet møte eller om nødvendig avtalt et nytt refleksjons- og veiledningsmøte. Tiltaks- og evalueringsfasen bør som regel foregå over flere uker før en kan si noe sikkert om tiltakene en har iverksatt har hatt ønsket effekt. Det er viktig å ikke gi opp tiltakene for raskt da det kan ta flere før en ser effekter.

**En evaluering innebærer å diskutere gjennom disse fem punktene for hvert tiltak eller tiltakene samlet:**

1. Har tiltakene har vært gjennomført som planlagt?
2. Hvis ikke tiltakene har vært gjennomført som planlagt, må en sjekke ut hvorfor. Vurder om de må justeres eller om man kan fjerne hindringene for gjennomføring.
3. Har de hatt ønsket effekt på målsymptomene?
4. Har de hatt uheldige effekter eller bivirkninger som betyr at de må endres eller stoppes?
5. Skal en fortsette med disse tiltakene? I så fall hvor lenge, og når og hvordan skal en gjennomføre neste evaluering?

## 9. Kognitiv atferdsterapi – nyttige prinsipper

TID har hentet en del av sitt teoretiske grunnlag i prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Dette gjelder særskilt forståelsen av menneskelig atferd, nytten av struktur ved problemløsning og at modellen gir et verktøy til selv-hjelp neste gang utfordringen kommer.

### *Forståelse av atferd*

Menneskelig atferd forstås her som underlagt både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Dette krever en bred tilnærming og utredning ved utfordrende atferd noe som framgår av utrednings – og registreringsfasen i TID. Vår atferd er ofte relasjonell dvs. påvirkes gjensidig under samhandling mellom mennesker. Derfor ser vi oftest utfordrende atferd hos våre pasienter i samhand-

lingssituasjoner med andre pasienter eller personalet f.eks. ved måltider eller under stell. Vår tolkning av pasientens atferd påvirker og former vår egen atferd overfor pasienten, og vi kan på denne måten bidra til å vedlikeholde, forsterke eller endre denne hos pasienten.

Et sentralt poeng i kognitiv psykologi er at våre følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av våre tolkninger av situasjonen. Ved å revurdere uhensiktsmessige tanker eller tolkninger hos oss selv kan følelser og atferd overfor en gitt situasjon endres (19). Kognitiv atferdsterapi anerkjenner at vi i stor grad påvirkes av miljøet rundt oss. Men vi selv kan bidra til måten vi føler oss ved å endre uhensiktsmessige tolk-

ninger og atferd selv om omgivelsene ikke kan endres. Noen ganger ved f.eks. ved alvorlig grad av demens kan vi ikke endre pasientens atferd uansett hva vi enn forsøker av tiltak, men vi kan endre vår egen tolkning og opplevelse av atferden. Lykkes vi med det, kan det bli lettere for oss å holde ut den perioden vi skal ha omsorg for pasienten.

### *Struktur – og verktøy til selvhjelp*

I en kaotisk situasjon på en avdeling med utfordrende atferd erfarte vi at strukturen i problemløsning fra kognitiv terapi var nyttig. Det kognitive prinsipp om alltid systematisk å tilnærme seg ett konkret problem av gangen hos pasienten, kartlegge og oppsummere fakta, utforske sammen ulike tolkninger og komme med forslag til mulige tiltak utløste stor kreativitet i møtet med personalet.

En velkjent strukturerende tilnærmingsteknikk i kognitiv terapi er 4-koloneskjema der hver situasjon eller problemområde beskrives i detalj med kolonner for situasjon (fakta), tanker (tolkninger), følelser og atferd (12). Vi har endra kolonnen for atferd til en kolonne for tiltak basert på de tolkninger som vi etter diskusjon vurderer som mest sannsynlige eller hensiktsmessige, og tilføyde en kolonne 5 for evaluering.

En trenger ikke lang utdanning i kognitiv terapi for å lede og gjennomføre et refleksjons – og veiledningsmøte basert på denne metoden. En enkel innføring i prinsippene for kognitiv terapi er tilstrekkelig da metoden i stor grad er enkel, strukturert og fornuftsbasert. En skal ikke ”behandle” personalet eller pasienten med kognitiv terapi, men benytte seg av den kognitive modell for å strukturere tilnærmingen til atferdmessige og psykologiske symptomer, og finne gode og hensiktsmessige tiltak som kan testes ut. Det er metoden for å komme fram til individuelt tilpassede tiltak som er det sentrale. Det kan noen ganger være så enkelt som å akseptere atferden en tid som en naturlig del av lidelsen hos pasienten, og dermed rydde bort forventingen hos en selv om at atferden må endres fordi den er uakseptabel. En forventning som ofte skaper en følelse av utilstrekkelighet. Eller det kan være å gi psykofarmaka som en del av tiltakene.

Modellen er enkel, lett å lære, og er i stor grad fornuftsbasert på samme måte som kognitiv atferdsterapi er det. Det er et hovedpoeng at en bruker modellen som et verktøy som kan gjentas gang på gang. Dermed gis personalet en mulighet til å forsøke å forholde seg til nevropsykiatriske symptomer metodisk hver gang de oppstår. Veien fram til tiltakene er den samme, men tiltakene som til slutt iverksettes er individuelle, basert på fleksibilitet, og er nøye tilpasset den enkelte pasient. Dette gir trygghet hos personalet, og vil kunne påvirke miljøet i avdelingen for alle pasientene på en gunstig måte.

«If we can reorient our thoughts and emotions, and reorder our behavior, not only can we learn to cope with suffering more easily, but we can prevent a great deal of it from starting in the first place.”

*Dalai Lama, Ethics for the New Millennium, 1999.*

## 10. Personsentrert omsorg – nyttige prinsipper

TID har også hentet en del av sitt teoretiske grunnlag i prinsipper fra personsentrert omsorg. Det er mange sammenfallende teoretiske forståelsesmåter av atferd - og psykologiske symptomer mellom kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg. Begge vektlegger det relasjonelle i forståelsen av atferd og anerkjenner at tilnærmingene bør omfatte både biologiske, sosiale og psykologiske forhold. Det er i hovedsak interaksjonene mellom disse faktorene som gir symptom bildet hos den enkelte pasient. Begge framhever betydningen av at behandlingstiltak må skreddersys den enkelte pasient for å ha effekt. Personsentrert omsorg har de siste årene vært definert i praksis gjennom rammeverket VIPS (22). VIPS rammeverket innebærer at person har en selvstendig Verdi uavhengig av lidelse og funksjonsnivå. Behandling og tiltak rundt personen må baseres på personens Individuelle historie, preferanser, ressurser og forutsetninger. For å forstå symptomene og atferd hos personen må en alltid søke å se situasjonen ut fra personens Perspektiv. I tillegg vektlegges det

Sosiale miljøets betydning personen lever i. Utfordringene når det gjelder personsentrert omsorg har vært å overføre det teoretiske tankegodset til praksisfeltet. Dette har man i stor grad lykkes med ved å ta i bruk rammeverket VIPS og Dementia Care Mapping (DCM) (22, 23)

I TID legger vi vekt på at det i alle tre fasene anvendes prinsipper fra personsentrert omsorg. I registrering - og utredningsfasen er pasientens individuelle historie, ressurser og preferanser sentralt ved innhenting av personhistorien fra pasienten selv og fra pårørende. I refleksjons- og veiledningsmøtet er et av hovedspørsmålene som deltakerne på møtet skal reflektere over nettopp hva vi tror er pasientens tanker bak sin atferd og sine symptomer dvs. pasientens perspektiv. Tiltakene vi ender opp med i dette møtet, og som skal testes ut i tiltaks - og evalueringsfasen, skal være individuelt tilpasset pasienten. Behandlingstiltakene skal således være skreddersydd pasienten på basis av en grundig kartlegging og utredning av sosiale, psykiske og biologiske forhold.

## 11. Forholdet mellom TID – og andre miljøterapeutiske metoder

TID modellen er utviklet for å gi et tverrfaglig manualbasert verktøy til bruk ved alvorlige nevropsykiatriske symptomer som skyldes lidelser både av somatisk og psykiatrisk art. En hovedstyrke til TID er den helhetlige biopsykososiale tilnærmingen til denne type utfordringer. Systematisk bruk av modellen har vi erfart både fremmer bedre utredning av pasienten, personsentrert omsorg og kognitiv miljøterapi. Effektiv bruk av modellen øker dersom personalet har god kunnskap om ulike miljøterapeutiske metoder, og kan anvende disse fleksibelt som del av tiltakene en kommer fram til i refleksjons- og veiledningsmøtet i TID. Det er i tillegg en klar fordel

om avdelingen fra før anvender f.eks. strukturert miljøterapi (21), og har integrert prinsipper fra personsentrert omsorg i sin avdeling. Det er da lettere å gjennomføre den skreddersydde tiltaksplanen TID frambringer. Vi har også sett nytten av å bruke Marte Meo metoden som en del av TID både i registrerings - og utredningsfasen og i refleksjons - og veiledningsmøtet (24). Det samme vil kunne være mulig med DCM når TID anvendes i arbeidet med personer med demens. Disse metodene står derfor ikke i motsetning til hverandre, men utfyller hverandre med noe ulike formål og med ulike krav til opplæring og trening for å kunne anvendes.

## 12. Referanser

1. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(9):843-9.
2. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(1):81-91.
3. Lichtwarck B, Tverå A-M, Røen I. TID Tverrfaglig Intervensjonsmetode ved utfordrende atferd ved Demens Manual. Ottestad: Sykehuset Innlandet, Alderspsykiatrisk forskningsenter, 2012.
4. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015;350:h369.
5. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(8):908-16.
6. Barca ML, Engedal K, Selbaek G. A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(5):438-47.
7. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(5 Suppl 6):S10-6.
8. Lichtwarck B, Roen I, Selbaek G. Multidisciplinary Intervention for challenging behavior in Nursing home patients with Dementia *Int Psychogeriatr*. 2011;23(S1):S92-S138.
9. Lichtwarck B, Tverå AM, Nystad HL. TID Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens Opplæringsfilm. Mo i Rana: Rana Kommune; 2013.
10. Lennart H, Oestrich IH, Lykke J. Kognitiv Miljøterapi - At skape et behandlingsmiljø i likeværdigt samarbejde: Dansk Psykologisk forlag; 2007.
11. Kitwood T. *Dementia Reconsidered - the person comes first*. Birmingham: Open University Press; 1997.
12. Hawton K, Salkovskis PM. *Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems- a practical guide*: Oxford Medical Publications; 2002.
13. Engedal K, Haugen PK. Demens, fakta og utfordringer.: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2009.
14. Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *Eur J Pain*. 2014;18(10):1419-30.
15. Strobel C, Engedal K. Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual. Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for aldring og helse, 2009.
16. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*. 1982;140:566-72.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
19. Mørch M, Rosenberg N. Kognitiv terapi. Modeller og metoder.: Hans Reitzels forlag; 2005.
20. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
21. Røen I, Storlien MS. *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen 2015*.
22. Rokstad AM, Rosvik J, Kirkevold O, Selbaek G, Saltyte Benth J, Engedal K. The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2013;36(5-6):340-53.
23. Rosvik J, Kirkevold M, Engedal K, Brooker D, Kirkevold O. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(3):227-36.
24. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. 'On one's own strength' Healthcare providers' experience with introducing Marte Meo Counselling in dementia care. *Int J Older People Nurs*. 2015.

# 13. Vedlegg

## – Resultater fra pilotstudie og nyttige skjemaer

### Abstrakt fra TID-pilotstudien

Publisert i International Psychogeriatrics, Volume 23, Issue S1, September 2011, pp S92-S138 (supplement utgitt etter IPA-kongressen Den Haag 2011 hvor studien ble presentert muntlig)

*Multidisciplinary Intervention for challenging behavior in Nursing home patients with Dementia (MIND)*

Bjørn Lichtwarck (1), Irene Røen (1) og Geir Selbæk (1,2)

1 Alderspsykiatrisk forskningsenter, Sykehuset Innlandet. 2 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

#### Context

Nearly all nursing-home patients with dementia experience behavioral and psychological symptoms (BPSD). Psychotropic drugs are extensively used to treat BPSD in spite of the fact that the evidence for effect is weak and the risk of severe adverse events is considerable. There is a lack of large, rigorous studies investigating the effect of holistic approaches which are based on both biological, social and psychological factors. We have conducted a pilot study of an intervention which includes both a rigorous assessment and the treatment of BPSD. This model, Multidisciplinary Intervention for challenging behavior (agitation) in Nursing home patients with Dementia (MIND), is based on the theoretical framework of cognitive behavioral therapy (CBT), and tailor a treatment plan that takes into account the unique characteristics of each individual.

The main aims of the pilot study were to evaluate the utility of the research plan for a future RCT, and the ability of the intervention to induce clinically meaningful change in outcome measures.

#### Methods

The pilot study includes 30 patients from 9 nursing homes in Norway. Inclusion criteria were a stay in the nursing home of more than 4 weeks, score on the Clinical Dementia Rating scale (CDR) of one or higher and a score of six or more on the agitation item of the Neuro-psychiatric Inventory (NPI).

The first part of the intervention consisted of a three hours lecture for the staff about dementia, BPSD, quality of care and MIND. MIND was successively implemented for each patient in three stages: a registration-observation stage which includes medical examination of the patient, background history and a detailed registration on a daily basis of the behaviours or symptoms at stake. A staff guiding stage consisting of a structured guiding meeting then followed. Specially trained nurses from the nursing home set a meeting for 1-1,5 hours for the nursing home health workers. After this meeting a detailed plan for the patient is put into action, and the evaluation stage begins.

In this presentation we account for measurements at baseline and after 6 weeks. These were done by research assistants who interviewed the staff members who knew the patient best. We will repeat these measures after 4 and 8 months. Outcome measures were agitation measured by Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), neuro-psychiatric symptoms measured by the Neuropsychiatric Inventory (NPI), depression by Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) and quality of life by the Quality of Life in Late-stage Dementia scale (QUALID). Change at 6-week was explored by the Wilcoxon Signed Rank Test.

#### Results

Of the 30 patients included at baseline, 28 patients (one deceased, one hospitalized) were assessed after 6 weeks of intervention. At baseline the mean age was 81,9 years (SD 9,1), 57 per cent were women. CDR scores at baseline showed that 3 per cent had mild dementia (CDR 1), 43 per cent had moderate dementia (CDR 2), and 53 per cent had severe dementia (CDR 3). Table 1 shows the scores on outcome measures at baseline and at 6-week follow-up. There was a significant improvement on subscales of the NPI for agitation, affective and psychotic symptoms and of depressive symptoms measured by the CSDD. The NPI 10 staff distress measurements showed a significant decline. A non-significant trend of reduction was observed for agitation measure by the CMAI and there was a non-significant improvement in patients' quality of life measured by QUALID. The utility of the research plan was established with needs of only minor changes.

TABLE 1: Outcome measures at baseline and 6-week follow-up

	<b>Baseline Mean (SD)</b>	<b>Follow-up Mean (SD)</b>	<b>p<sup>1</sup></b>
CMAI	60,2 (19,6)	56,7 (14)	0,3
NPI 10 sum	34,4 (20,7)	27,0 (16,9)	0,008
NPI agitation (sum of agitation, disinhibition, irrita- bility, aberrant motor behavior)	18,0 (7,9)	13,2 (7,5)	0,001
NPI affective (sum of depression and anxiety)	6,2 (7,2)	4,0 (5,5)	0,02
NPI psychosis (sum of delusions and hallucinations)	5,0 (6,6)	3,4 (5,5)	0,04
NPI 10 staff distress	13,6 (7,2)	11,4 (5,8)	0,04
CSDD	7,0 (5,6)	6,0 (4,3)	0,04
QUALID	25,7 (8,9)	23,0 (8,1)	0,09

<sup>1</sup>Wilcoxon signed-rank test

### Conclusion

The pilot study shows that the intervention by MIND might be a systematic and simple tool for the nursing home health workers to meet agitation, and to tailor a treatment plan that takes into account the unique characteristics of each individual. There was a significant reduction, measured after about 6 weeks of intervention, in agitation, affective symptoms and of psychotic symptoms in the patients, as well as reduced caregiver burden. Though this is an open study without a control group, these results are suggestive of a possible effect of the intervention. The results need to be replicated in a randomized controlled trial, and we are planning for such a trial based on our experience from this pilot study.

# Fargekoder for bruk i døgnregistreringsskjema

## Nevropsykiatriske symptomer

Basert på NPI-NH (Nevropsykologisk evalueringssguide - sykehjemsversjonen)

FARVE	ATFERD	BESKRIVELSE
	ROLIG/ TILFREDS/ NORMAL ATFERD	Skal beskrives i starten av adferdsregistrering for hver enkelt pasient.
	SØVN	
	VRANGFORESTILLINGER	
	HALLUSINASJONER	
	AGITASJON / AGGRESJON	
	DEPRESJON / DYSFORI	
	ANGST	
	OPPSTEMTHET / EUFORI	
	APATI / LIKEGYLDIGHET	
	MANGLENDE HEMNING	
	IRRITABILITET/ LABILITET	
	AVVIKENDE MOTORISK ATFERD	

SØVN		
1.	Har pasienten vansker med å sovne?	
2.	Står pasienten opp om natten (symptomer er ikke til stede hvis pasienten må på toalettet en eller to ganger om natten for deretter straks å sovne igjen)?	
3.	Vandrer pasienten omkring eller gjør andre upassende ting om natten?	
4.	Våkner pasienten om natten, kler på seg, og planlegger å gå ut fordi han/hun tror det er morgen og på tide å begynne dagen?	
5.	Våkner pasienten for tidlig om morgenen (tidligere enn de andre beboerne)?	
6.	Sover pasienten på dagtid?	
7.	Har pasienten noen annen nattlig atferd som vi ikke har snakket om?	

VRANGFORESTILLINGER		
1.	Tror pasienten at han/hun er i fare – at andre planlegger å skade ham/henne eller har skadet ham / henne?	
2.	Tror pasienten at andre stjeler fra ham/henne?	
3.	Tror pasienten at ektefellen hans/hennes er utro?	
4.	Tror pasienten at ektefellen, personale eller andre ikke er den de påstår å være?	
5.	Tror pasienten at personer fra fjernsyn eller blader faktisk er tilstede? (Prøver han/hun å snakke med dem?)	
6.	Har han/hun andre uvanlige oppfatninger som jeg ikke har spurt om?	

HALLUSINASJONER		
1.	Oppfører pasienten seg som om han hører stemmer eller beskriver å høre stemmer?	
2.	Snakker pasienten til folk som ikke er tilstede?	
3.	Ser pasienten ting som ikke er tilstede eller oppfører seg som om han/hun ser ting som ikke er tilstede (personer, dyr, lys, etc.)?	
4.	Kjenner pasienten lukter som andre ikke kan kjenne?	
5.	Forteller pasienten at han/hun kjenner ting på huden, eller oppfører han/hun seg som om noe kribler eller berører ham/henne?	
6.	Sier pasienten eller oppfører han/hun seg som om han/hun smaker ting som ikke er til stede?	
7.	Beskriver pasienten andre uvanlige sanseopplevelser?	



AGGRESJON/AGITASJON	
1.	Bliir pasienten irritert på de som prøver å stelle for ham/henne, eller motsetter han/hun seg aktiviteter som bading eller klesskift?
2.	Ønsker pasienten alltid å gjøre ting på sin egen måte?
3.	Samarbeider pasienten dårlig og motsetter seg hjelp fra andre?
4.	Har pasienten annen type atferd som gjør han/hun vanskelig å ha med å gjøre?
5.	Roper, bråker eller banner pasienten med sint stemme?
6.	Slamrer pasienten med dørene, sparker i møbler eller kaster ting rundt?
7.	Prøver pasienten å skade eller å slå andre?
8.	Viser pasienten andre tegn på aggressiv eller oppfarende atferd?

DEPRESJON	
1.	Hender det at pasienten gråter?
2.	Sier pasienten at han/hun er trist eller i dårlig humør, eller oppfører han/hun seg som om dette var tilfelle?
3.	Bebreider pasienten seg selv eller sier at han/ hun føler seg som en mislykket person?
4.	Sier pasienten at han/hun er et dårlig menneske eller fortjener å bli straffet?
5.	Virker pasienten svært motløs eller sier at han/hun ikke har noen framtid?
6.	Sier pasienten at han/hun er en belastning for familien eller at familien ville hatt det bedre uten ham/henne?
7.	Uttrykker pasienten dødsønsker eller snakker han/hun om å ta livet av seg?
8.	Viser pasienten andre tegn på depresjon eller tristhet?

ANGST	
1.	Uttrykker pasienten bekymringer for planlagte begivenheter slik som avtaler eller besøk fra familien?
2.	Har pasienten perioder der han/hun føler seg skjelven, ikke klarer å slappe av eller føler seg veldig anspent?
3.	Har pasienten perioder med (eller klager over) tungpustenhet, gispning etter luft uten annen åpenbar grunn enn nervøsitet?
4.	Klager pasienten over sommerfugler i magen, rask puls eller hjertebank fordi han/hun er nervøs. (Symptomet skyldes ikke dårlig kroppslig helse)
5.	Unngår pasienten bestemte steder eller situasjoner som gjør ham/henne mer nervøs, slik som å treffe venner eller delta i aktiviteter på avdelingen?
6.	Bliir pasienten nervøs og urolig når han/hun blir atskilt fra deg eller andre han/hun stoler på? (Klamrer han/hun seg til deg for å hindre deg i å forlate han/henne?)
7.	Viser pasienten noen andre tegn på angst?

OPPSTEMTHET/ EUFORI	
1.	Synes pasienten å føle seg <u>for</u> vel eller <u>for</u> lykkelig?
2.	Ser pasienten humoristisk på, eller ler av ting som andre ikke synes er morsomt?
3.	Synes pasienten å ha en barnslig form for humor med tendens til å fnise og le upassende (som når noe uheldig skjer med andre)?
4.	Forteller pasienten vitser eller kommer med bemerkninger som ikke er morsomme for andre en han/henne selv?
5.	Gjør han/hun barnslige skøyerstreker slik som å klype, eller leke gjemsel for moro skyld?
6.	Snakker pasienten "stort" eller hevder han/hun å ha flere talent eller større formue enn det som er virkelig?
7.	Viser pasienten andre tegn på å føle seg <u>for</u> vel eller <u>for</u> lykkelig?

APATI/LIKEGYLDIGHET	
1.	Har pasienten mistet interessen for verden omkring han/henne?
2.	Begynner pasienten aldri en samtale?
3.	Klarer ikke pasienten å vise følelsesmessige reaksjoner som man ville forvente (glede over besøk av en venn eller familiemedlem, interesse for nyheter, sport etc)?
4.	Har pasienten mistet interesse for venner og familiemedlemmer?
5.	Er pasienten mindre entusiastisk i forhold til hans/hennes vanlige interesser?
6.	Sitter pasienten rolig uten å legge merke til hva som skjer rundt han/henne?
7.	Viser pasienten andre tegn på at han/hun bryr seg om å gjøre nye ting?

MANGEL PÅ HEMNINGER	
1.	Handler pasienten impulsivt uten å vurdere konsekvensene?
2.	Snakker pasienten til helt fremmede personer som om han/hun kjente dem?
3.	Sier pasienten ufølsomme eller sårende ting til folk?
4.	Kommer pasienten med grovheter eller kommer med upassende seksuelle kommentarer?
5.	Snakker pasienten åpent om veldig personlige eller private forhold som man vanligvis ikke diskuterer offentlig?
6.	Beføler, berører eller klemmer pasienten andre på en upassende måte?
7.	Viser pasienten noen andre tegn på tap av impuls kontroll?

	<b>IRRITABILITET/LABILITET</b>	
1.	Er pasienten hissig og farer opp på grunn av småting?	
2.	Har pasienten humørsvingninger, fra å være fin til å bli sint på et øyeblikk?	
3.	Får pasienten plutselige raserianfall?	
4.	Er pasienten utålmodig, har vanskelig for å takle forsinkelser eller venting på planlagte aktiviteter eller andre ting?	
5.	Blir pasienten lett irritert?	
6.	Er pasienten krangleveren og vanskelig å komme overens med?	
7.	Viser pasienten noen andre tegn på irritabilitet?	

	<b>AVVIKENDE MOTORISK ATFERD</b>	
1.	Vandrer pasienten eller kjører rullestol i avdelingen uten mål og mening?	
2.	Åpner og tømmer pasienten skuffer og skap om og om igjen?	
3.	Kler pasienten stadig av og på seg?	
4.	Har pasienten gjentatte handlinger som han/hun utfører om og om igjen slik som å fikle med knapper, tvinne snorer, skifte sengetøy etc?	
5.	Har pasienten gjentatte handlinger eller "vaner" som han/hun utfører om og om igjen?	

# Døgnregistreringsskjema til bruk i institusjon

Sett inn fargekoder med forklaring/beskrivelse av atferden eller symptomene som skal registreres

.....       .....       .....      Navn: .....  
 .....       .....       .....      F.dato: .....

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									

Dato	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	
Sett inn farge																									



# 5-kolonneskjema for problemanalyse på refleksjons- og veiledningsmøtet

Dato: .....

Pasient: .....

Utfordringer

Fakta	Tanker/tolkning	Følelser hos personalet	Tiltak (SMARTe)	Evaluering

**Linker til undervisningsfilmen om TID:**

<http://www.aldringoghelse.no/startside/demens/demensinfo/miljobehandling/veiledning-av-personale/tverrfaglig-intervensjonsmodell-ved-utfordrende-atferd-ved-demens-tid>

Eller: <https://vimeo.com/59145951> (Passord: tidmodell)

Hjemmeside under utarbeidelse: [tidmodell.no](http://tidmodell.no)



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

Alderspsykiatrisk forskningscenter,  
Sykehuset Innlandet  
Postboks 68, 2312 Ottestad  
Telefon 625 81 400

HELSE  SØR-ØST



### Kontaktinformasjon

Bjørn Lichtwarck, spesialist i allmenntidmedisin, sykehjemslege.  
Alderspsykiatrisk avdeling/forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF  
bjorn.lichtwarck@sykehuset-innlandet.no

Ann-Marit Tverå, spesialsykepleier, fagsjef.  
Barne- og familieavdelingen, Rana kommune.  
ann.marit.tvera@rana.kommune.no

Irene Røen, geriatrisk sykepleier M.Sc., stipendiat UiO,  
Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF.  
irene.mari.roen@sykehuset-innlandet.no

### Prosjektet har vært støttet av:

*Den norske legeföreningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet,  
Alderspsykiatrisk Forskningscenter Sykehuset Innlandet HF, Forskningsavdelingen Sykehuset Innlandet HF,  
Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) Universitetet i Tromsø, og Rana Kommune.*