

FAGUTVIKLING

Dansk sykehjem har en annerledes tilnærming til personer med demens.

Ved Dagmarsminde Plejehjem i Danmark jobber de ansatte systematisk med å redusere stress hos beboere med demens – uten å bruke medikamenter.

Reidun Sandvik

Postdoktor og førsteamanuensis

Senter for omsorgsforskning, vest, Høgskulen på Vestlandet

Mai Camilla Munkejord

Forsker i postdoktorstilling

Senter for omsorgsforskning, vest, Høgskulen på Vestlandet

Demens

Palliasjon

medisinfri behandling

Sykepleien 2023;111(93700):e-93700

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.93700](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.93700)

Hovedbudskap

Artikkelen presenterer og analyserer tre samhandlingssituasjoner i lys av *progressively lowered stress threshold*-teorien. Analysene viser at modellen gir ansatte innsikt i årsaker til engstelse og uro. På den måten kan pleie planlegges til den enkelte beboer med mål om å forebygge stress. Modellen gir strategier som kan benyttes for både å forebygge og håndtere uro eller engstelig atferd.

Målet er at alle som har behov for palliativ omsorg, skal få det (1). Det gjelder også sykehjemsbeboere som har demens, noe som er tilfellet for 85 prosent av dem (2). Opp mot 70 prosent av sykehjemsbeboerne med demens er plaget av symptomer som psykose, angst, depresjon, agitasjon, irritabilitet og apati (3). Årsakene til slike symptomer er sammensatte, men måten disse symptomene dempes på i dag, er svært ofte medisinerings (4).

Ved Dagmarsminde Plejehjem i Danmark, hvor forfatterne av denne artikkelen nylig har gjort feltarbeid, har man valgt en radikalt annen tilnærming (5). Vi fikk være vitne til hyggelig samvær, smakfulle måltider, daglige lesestunder, daglig gymnastikk med innslag av meditasjon og pusteøvelser samt flere daglige turer i hagen.

Beboerne var langt mer våkne og nærværende enn det personer med såpass langt kommet demens ofte er. De virket også gladere og mye mer fysisk aktive enn det vi ofte kan observere ved tilsvarende sykehjemsavdelinger i Norge.

Hvordan er det mulig å få til noe slikt på et sykehjem med beboere hvor flere, ifølge journalen, hadde vært svært «utagerende» før flyttingen til Dagmarsminde? Viktige betingelser er ifølge våre analyser materielle omgivelser, struktur i hverdagen og medisinfri, palliativ sykepleie, der det legges vekt på tydelighet, trygghet og ydmykhet i samhandlingen mellom pleiere og beboere.

En pleiemodell fra 80-tallet er like relevant i dag

I denne fagartikkelen ser vi nærmere på palliativ sykepleie. For å belyse hvordan og hvorfor pleierne ved Dagmarsminde Plejehjem lykkes med å møte og roe ned tendenser til utagerende atferd uten bruk av medikamenter, vil vi bruke et teoretisk rammeverk som heter *progressively lowered stress threshold* (PLST).

Geri R. Hall beskrev allerede i 1981 at nevropsykiatriske symptomer kompliserer pleien til personer med demens (6). Hennes forskning viste at denne gruppen sykehjemsbeboere ikke responderer på tiltak for å rehabilitere tapt funksjon. Vi tenker på tiltak som realitetsorientering, medisiner, sensorisk stimulering og annet. I stedet viste hennes publikasjoner at når personer med demens reagerer med utagering, emosjonelle og fysiske symptomer, så er det et resultat av stress og triggere i miljøet (7).

I 1984 ble det så, basert på kunnskap som er like relevant den dag i dag, definert en pleiemodell kalt PLST. I denne modellen blir ikke atferd sett på som en egenskap ved sykehjemsbeboeren, men som et resultat av relasjonen og samhandlingen mellom sykehjemsbeboeren på den ene siden og personalet og miljømessige faktorer på den andre siden (8).

PLST-modellen har som mål at de ansatte ved en sykehjemsavdeling kartlegger den enkelte beboers behov, og at man tilrettelegger hverdagen på en måte som reduserer triggere enten internt i personen, som smerte eller pustebesvær, eller eksterne triggere, for eksempel støy eller å være alene. Det ligger også i modellen at man som ansatt er i stand til å møte de behovene og følelsene som måtte dukke opp i løpet av en dag (9).

«Terskelen for å tåle stress påvirkes av graden av demens.»

Dersom triggerne ikke dempes, eller stresset av andre grunner øker, vil en se nevropsykiatriske symptomer som agitasjon, at pasienten motsetter seg hjelp, fysiske utbrudd, angst, depresjon, irritasjon og en rekke andre symptomer (7). Terskelen for å tåle stress påvirkes av graden av demens.

Fremfor å kalle symptomene uønsket atferd, agitasjon eller utagering, som implisitt legger ansvaret på personen med demens, så plasserer PLST-modellen ansvaret på miljøet. En kaller dette for dysfunksjonell atferd ut ifra situasjonen (10).

FAKTA

PLST-modellen i praksis

I 2020 kom WHO med en oppdatert definisjon av palliasjon, hvor de skriver:

«Palliativ omsorg er aktiv, holistisk omsorg for alle individer på tvers av alle aldre som står overfor livstruende sykdom, og særlig dem nær slutten av livet. Tilnærmingen har som mål å forbedre livskvaliteten til pasienter, deres familier og deres omsorgsgivere».

Ifølge PLST-modellen, som står for *progressively lowered stress threshold*, kan en lindre symptomer og sikre en mer hensiktsmessig adferd ved å sette i verk tiltak innenfor seks konkrete områder:

1. sikre trygg funksjon ved å støtte tap
2. gi ubegrenset positiv anerkjennelse til beboeren
3. lese tegn på engstelse og unngåelse og tilpasse graden av stimuli
4. lære ansatte å lytte til personen med demens og forstå personens behov
5. tilpasse miljøet for å støtte tap og øke trygghet
6. kontinuerlig utdanning, støtte, koordinering og problemløsning

Kilde: Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al (1) og Smith M, Gerdner LA, Hall GR, Buckwalter KC (2).

Over 50 timer feltobservasjoner ligger til grunn

I denne artikkelen presenterer vi deler av data fra en større studie som heter *Embracing death* (NSD 962793). I studien inngår 52 timer etnografiske feltobservasjoner, intervjuer med åtte ansatte, hvorav tre ble intervjuet to ganger, og fem intervjuer med pårørende. I det følgende har vi kun benyttet data fra våre egne feltobservasjoner.

Vi har benyttet et kvalitativt, konstruktivistisk design. I det ligger en tanke om at virkeligheten skapes når vi møter egne forforståelser, når vi møter mennesker i praksis og i kombinasjon med tidligere forskning på feltet.

Vi oppfatter med andre ord at data skapes i og gjennom samhandling snarere enn å ligge ferdig ute i feltet klare for å «høstes» av en avkoblet forsker. I arbeidet med denne artikkelen har vi analysert datamaterialet fra våre observasjoner i lys av momentene som inngår i PLST-modellen.

Hvordan blir personer med demens møtt av pleierne?

De første fire vaktene ved Dagmarsminde Plejehjem var vi to personer i miljøet fra klokken 07.00 frem til og med lunsj. De neste to ukene var en forsker til stede i miljøet i til sammen sju økter. Disse øktene var fordelt på dagtid, ettermiddag eller natt. I observasjonene hadde vi særlig søkelys på samspeillet mellom beboere og pleiere, spesielt i situasjoner hvor vi kunne se tegn til nevropsykiatriske symptomer.

Gjennom analysestegene har vi søkt etter den essensielle meningen med fenomenet vi undersøkte, nemlig vår opplevelse av hvordan personer med demens og nevropsykiatriske symptomer ble møtt av pleierne. Inspirert av en tematisk, refleksiv analyse gjorde vi følgende fire steg:

1. Grundig gjennomlesning av data for å få en oversikt
2. Systematisk koding av tema
3. Fastsette tema (tema avklares og velges ved å lese data og PLST-modellen)
4. Planlegging av tekst og skriving

Her har vi valgt å eksemplifisere tre av strategiene i PLST-modellen:

FAKTA

Strategier for å møte personer med demens – eksempler fra feltobservasjoner

1. Gi ubegrenset positiv anerkjennelse

Situasjon: Nina sitter ved spisebordet, men er svært urolig. Hun har mat på fatet, men sier hun ikke vet hvem sin mat det er eller hvorfor hun har denne maten der. Nina blir sint, kjefter på dem rundt seg og vil ikke sitte ved bordet. De tingene hun sier til pleieren, er personlig og lite hyggelig.

Pleierens vurdering: Nina er klar over at hun har demens og er svært frustrert. Hun tåler dårlig overganger fra en aktivitet til en annen. Årsaken er at hun så lett blir usikker på om det hun gjør, er rett. Midt i en aktivitet begynner hun å tenke at hun burde gjøre en annen aktivitet. Nina trenger mye veiledning slik at hun kjenner at hun hører til, og hun må ha hurtige overganger fra en aktivitet til en annen. Nina kan ikke vente på at andre blir ferdig. Hun trenger klare beskjeder om hva hun skal, og hun blir møtt på sin frustrasjon. Vi som pleiere må ikke bygge opp frustrasjon, men avhjelpe Nina gjennom dagen til å falle til ro sammen med oss. Nina blir mer fleksibel når hun ikke er redd og frustrert. Men det er vi ansatte som må møte henne på en overstrømmende og bekreftende måte, slik at hun ikke kjenner at det hun gjør, er feil eller at hun selv er «feil».

Pleierens håndtering: «Nei, så kjekt å se deg, Nina. Jeg blir alltid så glad når du er der. Det er så hyggelig å spise med deg.» Dette repeteres med overdreven mimikk og entusiasme. Så får Nina en kort veiledning om maten og hvordan den kan spises. Det er lite realitetsorientering, men vi prøver å skape en forståelse av at hun er ønsket, og at det hun gjør nå, er rett. Mye validering.

2. Bruk angst og unngåelse som rettesnor for stimuli

Situasjon: Etter at alle andre beboere har gått fra spisebordet, sitter Erik igjen. Pleieren går bort og tilbyr ham assistanse til å reise seg. Erik trekker hånden til seg og sier «nei, nei, nei».

Pleierens vurdering: Pleieren vurderer at Erik har veldig mye å tenke på. Han er en som vil ta ansvar for alt og alle. Alle personer rundt seg vil han ta ansvar for. Han gir maten sin til de andre og vil sitte og se at de andre har det fint. Han vil også rette opp i ting rundt seg. Skal han gå en meter, lar han seg avlede av alle tingene som står på hans vei den meteren. Dersom han har skoene sine ved sengen, plukker han dem fra hverandre fordi han så gjerne vil ordne, men i stedet blir det en stor trigger som Erik ikke selv kan komme seg ut av. Nå som Erik sitter på stolen, vurderer pleieren at han bør få hvile seg, slik at han har energi til aktiviteter også i ettermiddag. Erik har mange hjemlige ting på rommet sitt. Blir han sittende på rommet, blir tingene plukket fra hverandre.

Pleierens håndtering: Pleieren validerer Eriks behov for å hvile seg ved bordet. Så trekker pleieren seg unna. Etter noe tid kommer to pleiere tilbake. Erik holder den ene pleieren i hånden. Pleieren har den andre hånden sin ved Eriks albue. Den andre pleieren gjør det samme. De kom bort uten å si noe. Og så er de helt tett på ham og smiler. Begge pleierne er helt rolige og geleider Erik over i en hvilestol. Ingen ord, ingen valg. Kun tydelig og bestemt veiledning.

3. Lær ansatte å lytte til personen med demens og forstå den andres behov

Situasjon: Evelyn går og går. Dersom hun blir forstyrret, kan hun bli sint. Hun kan kaste det hun har for hånden, ta andres klær fra dem, rive ting ut av hendene på andre, og hun kan slå.

Pleierens vurdering: Jeg kjenner Evelyn og vet hun er en kreativ sjel. Hun er vant til å holde orden på veldig mange ting på en gang. Evelyn kjeder seg veldig lett og må ha noe som foregår. Samtidig kan hun kjenne at hun ikke har oversikt. Det gjør at hun heller setter seg utenfor et fellesskap. På den måten kan hun titte inn i en sirkel av mennesker fremfor å sitte blant andre og kjenne hun ikke kan se hva som foregår. Evelyn er veldig var for at vi trekker oss unna. Hun blir veldig opprørt om hun kjenner at noen ikke vil ha kontakt med henne eller tar avstand fra henne. I slike tilfeller øker uroen hennes. Hun kan bli mer frustrert og sint og kan også slå, rive ting, vandre mer aggressivt og hive ting. Hun står opp rundt 05.00 og får frokost da. Etter frokost kan hun sove noen timer i hvilestolen her i stuen.

Pleierens håndtering: Pleieren sikrer at Evelyn får dekket sine grunnleggende behov for mat og drikke. Pleieren viser så Evelyn at det er greit at hun går. Hun stoppes ikke. Likevel møter pleieren Evelyn med et smil og leder henne mot fellesskapsenheten. Når Evelyn er urolig, prøver pleieren å finne ut om hun er sulten, må på toalettet eller har noe ubehag. Uansett hvor Evelyn går, hva hun gjør eller sier, så er det ingen fordømmelse. Hun møtes med forståelse og aksept. Dersom Evelyn kaster noe, så får hun vite at dette er et fint sted og at det ikke er greit å hive ting eller slå. Evelyn møtes med en trygg, stødig stemme som sier klart hva som skal skje, og med et tilbud om en utvei. Pleieren tyr ikke til kommunikasjon som nedvurderer Evelyn, kan gjøre henne flau eller som irettesetter henne på en fordømmende måte. Pleierne går tettere på med smil og åpen kroppsholdning fremfor å trekke seg unna.

Følelser må forstås og valideres

Først kommer håndteringen av en verbalt agitert beboer ved hjelp av å gi vedkommende ubegrenset positiv anerkjennelse. Situasjonen er gjenkjennbar for de fleste sykehjem hvor man har en beboer som sier lite hyggelige ting.

Løsningen som velges ved Dagmarsminde, er å søke å forstå de bakenforliggende følelsene til beboeren og validere dem. Eksempel to viser situasjonen som oppstår når en beboer motsetter seg hjelp. Pleieren møter situasjonen ved å lese tegn på engstelse og unnvikelse og tilpasse graden av stimuli.

«Hjelpen blir gitt og oppgaven blir løst nesten uten ord.»

Her har vi valgt en annen veldig vanlig hendelse, hvor beboeren ikke ønsker hjelpen som blir tilbudt, men hvor hjelpen ofte kan være helt nødvendig. Pleieren tolker beboeren som sliten og med så lite energi at beboeren ikke har kapasitet til å få hjelp. Når pleieren prøver på ny, har vedkommende med seg en medarbeider. Hjelpen blir gitt og oppgaven blir løst nesten uten ord, men med en soleklar intensjon og trygg tilstedeværelse fra pleiernes side.

På den måten bruker ikke beboeren opp sin kapasitet eller energi på å forstå situasjonen, men kun på å motta hjelp. I det siste eksemplet viser vi hvordan fysisk agitasjon møtes ved hjelp av at den ansatte lytter til personen med demens og hjelper vedkommende til å forstå sine behov.

Som vi har vist over, kan det være mange årsaker til urolig oppførsel, selv om den vises på samme måte som ved å vandre. Pleieren velger i dette tilfellet å forstå atferden positivt, som uttrykk for en kreativitet, og pleieren møter med andre ord atferden helt uten fordømmelse.

Her er en radikalt annerledes løsning

Basert på vår analyse av datamaterialet vårt har vi utarbeidet en liste over viktige strategier og taktikker som benyttes ved Dagmarsminde Plejehjem. Disse taktikkene brukes for å legge til rette for å kunne praktisere medisinfri, palliativ omsorg.

Slik håndteres indre og ytre stressorer hos personer med demens ved Dagmarsminde Plejehjem

Indre stressorer

Holdningen er at vi bistår beboerne, som er våre likeverdige medmennesker, med å bevare sin autonomi og være seg selv, fremfor å tenke at vi er her for å pleie pasienter.

- Fra kaffe til koffeinfri te: Med unntak av morgenkaffen er kaffe byttet ut med te, primært med en deilig, koffeinfri roiboos-te. Det lindrer uro i kroppen, spesifikt oppblåsthet og uro i magen. Beboerne sovner lettere om kvelden.
- Avmedisinering: Alle beboerne tas av all medisin i løpet av de første ukene på sykehjemmet, med unntak av livsnødvendige medisiner. Tre av de ti beboerne får en til to preparater hver.
- Mindfulness og pusteøvelser: Trening gjøres sammen med beboerne hver dag i et gitt tidsrom: 10.30–11.30.
- Eteriske oljer, frisk luft og friske blomster brukes aktivt.
- Aktiviteter er satt opp i en fast timeplan og er nøye tilpasset beboernes energinivå.

Ytre stressorer

Hovedstrategien er at beboerne skal møtes der de er og på sine behov.

- Sykehjemmet anses ikke som en institusjon som definerer deg som syk og pleietrengende. I stedet er det beboernes eget hjem, som de oppmuntres til å ta eierskap til.
- Med unntak av om natten er beboerne sammen med hverandre og de ansatte hele tiden. For noen av beboerne er det en kollektiv hvilestund i hvilestoler på dagtid. Disse beboerne blir roligere av å kjenne at det er en del av noe større.
- Pleiehjemmet legger til rette for hvile i halvannen til to timer etter lunsjen. Da er det roligere musikk og tempo, dempet lys, og de ansatte hviker.
- Estetiske og sensoriske omgivelser støtter oppunder velvære, som nybakt brød hver morgen og bruk av tente stearinlys på spisebordene under måltidene.
- Musikk brukes for å skape flyt. Taffelmusikk spilles under måltidene og rytmisk musikk under gymnastikken. Et pikekor synger kjente sanger når beboerne trenger å samle seg litt.
- Fra de ansattes side kommer det ingen plutselige lyder eller voldsomme bevegelser. Det er ingen unødig prating over pasientenes hoder. I stedet trekker de ansatte seg litt unna og snakker rolig til hverandre med lav stemme.
- Glassdører med sensorer og åpne dører hindrer usikkerhet.
- En tydelig, daglig struktur hjelper ansatte og beboere til å vite hva som skjer nå, og hva som kommer etterpå.
- MYF, som står for mimikk, ydmykhet og flyt, praktiseres.
- Kontinuitet, repetisjon og persistens. Persistens betyr at man fortsetter å arbeide for det man har bestemt seg for selv om det butter imot.
- Atmosfæren skal være god, og de fysiske omgivelsene skal være oversiktlige og lett å orientere seg i.
- Triggere fjernes. Det kan være sko som flyttes ut av synsfeltet om natten eller en radio som flyttes når beboeren er alene på rommet.
- Lette overganger gjennom flyt, mellom aktiviteter og faser av demenssykdommen. Et eksempel på flyt i overgangen mellom aktiviteter er fysisk nærhet mellom spisebord og sofa. Slik får vi en hurtig overgang mellom frokost til lesestund i sofaen. I tillegg blir musikken som står på under måltidet, slått av. På den måten varsles beboeren om at det er en

endring på gang. Personalet jobber individuelt for å avklare hvor i demensløpet den enkelte er og hvordan hver enkelt kan få hjelp til å akseptere sin situasjon. Det kan være å unngå realitetsorientering, validere følelser og annet.

- Pleierne er i miljøet og bruker tid i felleskap også når de skal dokumentere eller gjøre annet kontorarbeid. Det gjøres når det passer beboere. På dagvakter er det vanligvis under hvilen etter lunsj. På kveldsvakten foregår dokumentasjon eller kontorarbeid vanligvis når alle beboerne er i seng, og det gjenstår daglig arbeid fra ledelsen for å sikre kompetent pleie.

Debatten om demensomsorg har den senere tiden vært preget av at personer med demens blir forstått som utagerende, og der man rapporterer om at ansatte utsettes for vold (12). Løsningen som ofte skisseres, er høt grad av medisinerings og å plassere «utagerende pasienter» på ribbede enerom (13).

Med denne artikkelen ønsker vi å forklare beboernes atferd på en annen måte og ikke minst tilby en radikalt annerledes løsning for mennesker som lever med demens. Dersom de møtes med trygghet og et meningsfullt fellesskap, uttrykker de seg på en langt mer harmonisk måte i løpet av et øyeblikk (5, 7, 13).

Svekket hukommelse, som er et sentralt aspekt ved å leve med demens, gjør at en lever her og nå. Korttidsminnet er i stor grad borte, som medfører at en ikke husker hvilket svar en nettopp har fått på det spørsmålet en stilte. Redselen som kan oppstå dersom en befinner seg alene på et rom, eller om en befinner seg i en situasjon hvor mange mennesker plutselig reiser seg og går, kan være overveldende.

Mange med demens opplever dessuten avbrutt søvn dersom de medisineres, noe som gjør at de ikke restitueres, men derimot blir mer og mer aktivert og dermed får et stadig lavere toleransevindu. Resultatet er kronisk stress.

Ansatte bruker seg selv som redskap

Kjernen i omsorgspraksisen ved Dagmarsminde er ikke én bestemt strategi. Hver beboer får sine behov dekket av ansatte som hele tiden er til stede i pleiesituasjonen (6). Det er forventet at den enkelte ansatte bruker seg selv som redskap for å kople seg på den enkelte beboer, identifisere behovene deres og finne en løsning for å dekke det identifiserte behovet (14). Ansvaret for å identifisere behov og tiltak for å løse disse er altså plassert hos pleierne som jobber med beboerne, og ikke hos avdelingsledere i samråd med lege.

«Samtalene mellom de ansatte må være hyppige og korte fremfor lange og sjeldne.»

Det er nødvendig med klare prinsipper for omsorgen som blir gitt. Likedan en klar regi (15). Dersom en kollegagruppe skal klare å være så avstemte og påkople beboerne som det vi observerte på Dagmarsminde, må de samme personene jobbe sammen over tid. Samtalene mellom de ansatte må være hyppige og korte fremfor lange og sjeldne.

Videre må samtalene handle om å dele suksesshistorier fremfor kun å sette søkelys på problemer (15). Ved Dagmarsminde har de ansatte bygget opp tillitsbaserte relasjoner til beboerne gjennom et genuint ønske om å forstå og å tone seg inn på hver beboer og deres behov.

En slik tilnærming krever at ansatte er bevisst til stede med hele sitt sanseapparat overfor beboerne på avdelingen hvor de jobber. Det er et nærvær som vi dessverre sjelden ser, men som vi mennesker har mulighet til å fremøve om vi vil, eller mer korrekt: om ledelsen vil (17).

Ordet sykehjem definerer beboerne

På mange måter kan vi si at vi i Norge allerede har tapt en del ved start når vi bruker ordet sykehjem fremfor begreper som omsorgshjem, eldrehjem eller pleiehjem. Ved å bruke ordet sykehjem definerer vi beboerne som syke mennesker som vi dermed antar trenger både diagnoser, medisiner og annen behandling – fremfor å innse at det disse menneskene trenger, er verdighet, trygghet, mening og fellesskap.

Det finnes nok mennesker som er alvorlig syke, og som trenger medisinerings på en sykehusliknende institusjon også, men i en helt annen grad enn det vi har rigget oss for i dag.

Fremfor å ha mange små fellesrom består Dagmarsminde av ett stort fellesrom med fire soner. Der er det lagt til rette for flyt gjennom dagen fra aktivitet til aktivitet. Store enerom der hver beboer har sin sofa og sin private sfære, er byttet ut med mindre soverom hvor beboeren kun oppholder seg om natten.

Til gjengjeld legges det opp til at beboerne tar eierskap til hele huset som sitt hjem. I løpet av vårt feltarbeid ble de observert mens de slang seg på sofaen i fellesstuen, hentet et eple fra kjøleskapet eller omorganiserte blomstene. Litt senere ble blomstene reorganisert med et smil av pleiere som gleder seg over dette eierskapet. Vi ser at ikke alle sykehjem i Norge har det fysiske potensialet som man har ved Dagmarsminde (14).

Pleiere og arkitekter bør jobbe tettere

Fremover vil det være en fordel dersom pleiere og arkitekter jobber mye tettere sammen når bygg skal rehabiliteres eller når det skal settes opp nye bygg. Hensikten med å involvere pleiere vil være å skape rom for fellesskap og glidende overganger mellom dagens aktiviteter – og mellom innerom og uterom.

Palliativ sykepleie som drar veksler på lærdommene fra Dagmarsminde, forutsetter at det er beboernes behov, livskvalitet og velvære som styrer hvordan hverdagslivet struktureres, men også hvilke omgivelser, stemninger, mat, inntrykk og aktiviteter beboernes tilbys. Pleien ved Dagmarsminde er absolutt tverrfaglig, men ledes av sykepleier og sykepleiefaget. En slik tilnærming kan understøttes av PLST-modellen som relevant rammeverk.

Vi vil med dette oppfordre praksisfeltet til å justere sin omsorgspraksis for personer med demens etter beboernes stressnivå og deres energinivå.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



PÅKOPLET BEBOERNE: Pleieren er rolig og geleider beboeren. Det blir ikke sagt noe eller gitt noen valg. Veiledningen er tydelig og bestemt. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase> (nedlastet 25.10.23).
2. Myrenget ME, Borchgrevink PC, Rustoen T, Butler S, Thorsvik D, Smastuen MC, et al. Chronic pain conditions and use of analgesics among nursing home patients with dementia. *Pain*. 2023;164(5):1002–11. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000002794](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002794)
3. Helvik AS, Selbaek G, Saltyte Benth J, Roen I, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents from admission to 30-month follow-up. *PLoS One*. 2018;13(10):e0206147. DOI: [10.1371/journal.pone.0206147](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206147)
4. Lind KE, Raban MZ, Georgiou A, Westbrook JI. Duration of antipsychotic medication use by aged care facility residents with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2019;33(4):331–8. DOI: [10.1097/WAD.0000000000000336](https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000336)
5. Eiby MB. Omsorgsmanifestet: Hvordan vi skaber verdens bedste plejehjem. 1. utg. København: Grønningen; 2020.

6. Hall GR. Progressively lowered stress threshold; a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. Arch Psychiatric Nurse. 1987;1:399–406.
7. Smith M, Gerdner LA, Hall GR, Buckwalter KC. History, development, and future of the progressively lowered stress threshold: a conceptual model for dementia care. J Am Geriatr Soc. 2004;52(10):1755–60. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52473.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52473.x)
8. Hall GR. Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting. The Nursing Clinics of North America. 1994;29(1):129–41. DOI: [10.1016/S0029-6465\(22\)02717-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02717-7)
9. Chrabaszcz M. Preventing dysfunctional behaviors of those with dementia based on the progressively lowered stress threshold model. Amherst: University of Massachusetts Amherst; 2014. Tilgjengelig fra: https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/32/?utm_source=scholarworks.umass.edu%2Fnursing_dnp_capstone%2F32&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages (nedlastet 25.10.2023).
10. Pickering CE, Yefimova M, Wang D, Maxwell CD, Jablonski R. Dynamic structural equation modelling evaluating the progressively lowered stress threshold as an explanation for behavioural symptoms of dementia. Journal of Advanced Nursing. 2022;78(8):2448–59. DOI: [10.1111/jan.15173](https://doi.org/10.1111/jan.15173)
11. Omland E, Nordby LT. Her blir ansatte slått, dyttet og skjelt ut. Oslo: NRK; 21. juni 2021 [oppdatert 22. juni 2023; hentet 25. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/her-blir-ansatte-slatt-dyttet-og-skjelt-ut-1.16440466>
12. Zwijsen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. Int Psychogeriatr. 2011;23(5):826–34. DOI: [10.1017/S1041610210002267](https://doi.org/10.1017/S1041610210002267)
13. Watt JA, Thompson W, Marple R, Brown D, Liu B. Managing neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. BMJ. 2022;376. DOI: [10.1136/bmj-2021-069187](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069187)
14. Eiby MB, Vedelsby J, Eiby MB. Når omsorg er den bedste medicin: København: People's Press; 2017.
15. Munkejord MC, Tingvold L. Staff perceptions of competence in a multicultural nursing home in Norway. Soc Sci Med. 2019;232:230–7. DOI: [10.1016/j.socscimed.2019.04.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.023)
16. Marså K, Mendahl J, Eiby MB, Guldin M-B. Hvorfor græder mormor hele tiden? Nyborg: Knowledge center for rehabilitation and palliative care; 2014. Tilgjengelig fra: https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1038&context=nursing_dnp_capstone (nedlastet 25.10.2023).