

Gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi (KST) til personer med demens – en aktivitetsbasert tilnærming

FOKUSGRUPPEINTERVJU MED GRUPPELEDERE

Av Rita Weum & Torhild Holthe



Rita Weum er ergoterapeut, masterstudent og fagkonsulent ved Nasjonalt senter for aldring og helse.

Foto: Martin Lundsvoll.



Torhild Holthe er ergoterapeut, PhD, og arbeider ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Foto: Eva Kylland.

Sammendrag

Bakgrunn: Kognitiv stimuleringsterapi (KST) er en evidensbasert metode som har vist seg å ha en rekke positive utfall som bedret språk og livskvalitet, og den anbefales i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Mål: Å få kunnskap om hvordan gruppeledere opplevde å drive KST-grupper for personer med demens.

Metode: Gruppeintervju med fire ansatte i en kommune; en ergoterapeut og tre sykepleiere.

Resultat: Gruppelederne mente at KST var et verdifullt tilbud til personer med demens som ikke mottok andre tjenester. KST var en møteplass med trygge rammer for samvær og aksept for å være den man er. KST-programmet var lett å tilpasse til deltakerne og muliggjorde engasjement og glede. I tillegg opplevde de KST som inspirerende og nyttig for egen faglig utvikling.

Konklusjon: Gruppelederne opplevde at KST ble en arena for sosial tilhørighet og trygghet hos gruppedeltakerne. KST kunne med fordel inkluderes som et behandlingstilbud i kommunens lavterskeltilbud for personer med demens. Gruppeledere i KST opplevde KST som et nyttig verktøy i arbeidshverdagen, som bidro til faglig vekst og arbeidsglede.

Nøkkelord: Aktivitet, ikke-medikamentell behandling, mestring, livskvalitet og Alzheimers sykdom

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til denne artikkelen.

De fire informantene er gjort kjent med og har godkjent innholdet.

Takk til KST-gruppelederne som stilte som informanter i denne studien.

Introduksjon

De demografiske endringene i Norge, med flere eldre, medfører økt press på helsetjenestene. Andelen personer med demens vil stige, og i 2025 er det forventet at mer enn 116.000 personer i Norge har en demenssykdom (GjØra et al., 2020; Helsedirektoratet, 2022). Hittil er det ingen kur som kan reversere demens, men forskning har vist at ulike ikke-medikamentelle intervensjoner kan gjøre det lettere å leve med sykdommen. En psykososial intervensjon som har evidens for å bedre kognisjon og livskvalitet er gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi – KST (Spector et al., 2003). Metoden ble introdusert i Norge i 2019, og hensikten med denne artikkelen er å informere kolleger om KST, som er en aktivitetsbasert intervensjon som kan stimulere språk og fremme tro på egne ressurser (Spector et al., 2010; Woods et al., 2023). KST er således et godt verktøy for ergoterapeuter som arbeider med personer med demens.

Kognitiv stimuleringsterapi (KST) ble utviklet i Storbritannia, som et gruppebasert behandlingstilbud for personer med mild og moderat demens, fordi man anså at inaktivitet kunne fremskynde kognitiv tilbakegang, både ved normal aldring og ved demens (Breuil et al., 1994; Small, 2002). KST kan også benyttes en-til-en, men må ikke forveksles med kognitiv trening eller kognitiv rehabilitering, som er intervensjoner basert på pasientens individuelle målsettinger (Clare et al., 2019; Gobet & Sala, 2023).

Nøkkelprinsippene i KST (Boks 1) baserer seg på de fire elementene i personsentrert omsorg:

- 1 verdsette mennesker
- 2 behandle personer som enkeltindivider
- 3 forstå verden fra perspektivet til personen med demens
- 4 etablere et støttende sosialt miljø (Kitwood & Brooker, 2019)

KST-programmet er utformet basert på erfaringer fra ulike psykososiale intervensjoner som realitetsorientering, validering og reminisens (minnearbeid).

Det er oversatt to manualer for gruppeledere i KST som presenterer henholdsvis 14 og 24 aktivitetsforslag med en innledning, dagens hovedaktivitet og en avslutning (Aguirre et al., 2022; A. Spector et al., 2018). Manual 1, som på norsk har fått tittelen *Hukommelsesstimulerende terapi*, har 14 aktiviteter som anbefales gjennomført 45 minutter to ganger per uke i syv uker (A. Spector et al., 2018). Manual 2, vedlikeholdsprogrammet, inneholder 24 aktivi-

- 1 Mental stimulering
- 2 Nye ideer, tanker og assosiasjoner
- 3 Orienterer på en indirekte og hensynsfull måte
- 4 Meninger framfor fakta
- 5 Reminisens – en hjelp til «her og nå»
- 6 Fysisk bevegelse
- 7 Bruke triggere som hjelp til å huske
- 8 Kontinuitet og sammenheng mellom sesjonene
- 9 Indirekte læring
- 10 Stimulere språk
- 11 Stimulere utførelse av praktiske oppgaver og aktiviteter
- 12 Personentrert
- 13 Respekt
- 14 Involvering og inkludering
- 15 Valg
- 16 Moro
- 17 Maksimere potensialet
- 18 Bygge og styrke relasjoner

Boks 1: Nøkkelprinsipper i KST.

teter og følger samme struktur som manual 1 med oppstart, hovedaktivitet og avslutning, og anbefales gjennomført en gang per uke¹ (Aguirre et al., 2019). Aktivitetene varierer fra gang til gang og stimulerer språklige og praktiske ferdigheter, fremmer glede og trivsel, og oppmuntrer til nye tanker og assosiasjoner. Eksempler på aktiviteter er tallspill, kreative oppgaver, lytte til og gjenkjenne lyder og å diskutere aktuelle hendelser. Det er som regel fem til åtte faste gruppedeltakere og to gruppeledere i hver gruppe (Woods et al., 2023).

Flere studier viser til en rekke positive utfall som forbedring av kommunikasjon, mer våkenhet, sosial tilhørighet, glede og samhold, og de konkluderer med at flere personer med demens bør få tilgang til KST (Woods et al., 2023).

Forskning på KST vedlikeholdsprogram viser at dette er en kostnadseffektiv behandlingsmetode (Knapp et al., 2022) og at forbedret selvrapportert livskvalitet opprettholdes i omtrent seks måneder (Woods et al., 2023). Det er behov for større studier for å avdekke andre mulige langtidseffekter. Samtidig er det behov for kvalitativ forskning som utforsker og utvikler andre utfallsmål som kan fange opp hva personer med demens selv opplever som fordeler eller ulemper ved behandlingen (Gibbor et al., 2021; Orrell et al., 2014; Orrell et al., 2005).

Alle helseprofesjoner som arbeider med personer

med demens, helsefagarbeidere, ergoterapeuter, sykepleiere, vernepleiere, aktivtører miljøterapeuter med flere, kan være gruppeledere i KST. Gruppeledere som gjennomfører gruppelederkurs får innblikk i hvordan demenssykdom påvirker aktivitetsutførelsen og kan dermed legge til rette for individuell mestring, både i og utenfor en gruppesituasjon. Nasjonalt senter for aldring og helse har siden 2019 holdt kurs for helsepersonell som ønsker å bli gruppeledere, og KST er nå utbredt i flere kommuner i Norge. I forbindelse med implementeringen av KST

som et behandlingstilbud til personer med mild og moderat demens, ønsket vi å få kunnskap om hvordan noen gruppeledere jobbet med KST og hvilke erfaringer de hadde med KST programmet.

Forskningsspørsmålet var: *Hvilke erfaringer har de fire gruppelederne med å drive KST som et gruppebasert behandlingstilbud til personer med demens?*

Metode

Forfatterne (RW og TH), ansatt på Nasjonalt senter for aldring og helse, har arbeidet med å implementere KST i Norge og var derfor interesserte i å få kunnskap om gruppeledernes erfaringer. Fire ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste som hadde deltatt på gruppelederkurset og gjennomført flere KST-grupper, ble rekruttert til å delta i et fokusgruppeintervju. Samtykkeskjema ble signert av informantene, en ergoterapeut og tre sykepleiere, før intervjuet fant sted. Alle arbeidet fulltid enten i hukommelsesteam eller ved lavterskeltilbud til personer med demens i tidlig fase.

Fokusgruppeintervjuer er godt egnet til å få frem ulike personers erfaringer og meninger, og på den måten gi ny kunnskap om det som studeres. I slike gruppeintervjuer kan dialogen rundt et gitt tema gi kvalitative data som igjen kan bringe frem dybdekunnskap om fenomener (Malterud, 2012).

Da informantene ønsket å forberede seg til intervjuet, ble den semistrukturerte intervju-guiden sendt til informantene en ukes tid før intervjuet, som foregikk fysisk på arbeidsplassen deres og varte omtrent i en time. Det ble gjort lydopptak av samtalen, som senere ble transkribert av første-forfatter (RW). Informantene er anonymisert og bokstavene A, B, C og D brukes ved gjengivelse av sitater.

Dataanalyse

Vi gjorde en tematisk, refleksiv analyse i seks trinn (Braun et al, 2019):

- 1 bli kjent med dataene
- 2 generere koder
- 3 konstruere tema
- 4 revidere tema
- 5 definere tema
- 6 skrive ut rapporten

I fase 1 leste begge forfatterne transkriptet flere ganger for å sikre inngående forståelse av innholdet. I fase 2 noterte vi koder hver for oss ved en ny foku-

EKSEMPEL

Et eksempel er aktiviteten «Mat». Etter den faste oppstarten av gruppa presenterer gruppeleder dagens tema, som tilrettelegges etter gruppedeltakernes funksjonsnivå. En oppgave kan være å ramse opp matretter og kategorisere dem etter hva som er supper, kjøttretter, desserter osv. Eller oppgaven kan være å vise bilder av matvarer eller tom emballasje og vurdere prisen på varene og sette prislapper på dem. For å gjøre oppgaven litt mer krevende, kan deltakerne få et beløp de skal handle varer for. For å gjøre oppgaven enklere, kan man gi smaksprøver av ulike matvarer som sviskekompott, saltpølse, brunost og makkabønner, for deretter å be gruppedeltakerne om å beskrive smaken eller peke på hvilken smaksprøve de liker best.

3 Mat



Oppstart (10 minutter)

- Hver deltaker ønskes velkommen i gruppa med navn.
- Snakk om navnet på gruppa (skriv gruppenavnet på tavla).
- Minn alle om hva vi gjorde sist.
- Syng gruppesangen, velg en som kan være forsanger (bruk sangbok eller CD/mobil).
- Finn ut sammen hvilken dag, måned, år, årstid, værtype og klokkeslett det er samt navn og adresse på stedet dere befinner dere (skriv det på tavla).
- Snakk sammen om siste nytt (bruk en avis, et ukeblad eller et bilde).

- 1 Hvilke erfaringer har dere med å drive KST-grupper?
- 2 Har KST bidratt til bedring av arbeidsmiljøet /relasjonelle konsekvenser for dere som er kolleger? Hvilke?
- 3 Har KST medført at ansatte tenker annerledes om personer med demens?
- 4 Hva tenker dere om den nye manualen Å gjøre en forskjell 2 – generelt sett?
- 5 Innledningen på manual 2 – flere nøkkelp prinsipper – synspunkter på dette?

Intervjuguide: Erfaringer med å drive KST.

Hovedtema	Undertema
1 KST-programmet gav gruppelederne et verktøy for aktivitetsbasert terapi	- KST opplevdes meningsfullt for deltakerne - Tro på at gruppedeltakerne får noe viktig
2 Å drive grupper krever kunnskap om hensikten med KST	- Å legge til rette for mestring, inkludering, aksept og respekt - Et sosialt møtested for tilhørighet og glede - Utfordringer med gruppesammensetninger og tilpasninger - Med erfaring gikk gruppeledelsen lettere

Tabell 1: Oversikt over hovedtema og undertema.

sert gjennomlesning av transkriptet. Vi møttes for å diskutere koder og konstruere foreløpige tema. Her benyttet vi kodene som byggesteiner for å identifisere mønstre som fortalte noe om datasettet. Det var en god hjelp å lage et kart med de foreløpige temaene og tegne relasjonene mellom dem. En ny gjennomgang av temaene førte til revisjon av det enkelte tema, slik at vi deretter kunne definere dem som «meningsbaserte mønstre» og rydde dem i hovedtema og undertema. Til slutt skrev vi funnene under hvert tema, vurderte innholdet mot forskningsspørsmålet og tok en siste kontroll på at vi hadde klart å fange hva som var meningsfullt i dataene. Hovedtemaene og undertemaene vises i tabell 1.

Resultater

1. KST-PROGRAMMET GAV GRUPPELEDERNE ET VERKTØY FOR AKTIVITETSBASERT TERAPI KST opplevdes meningsfullt for deltakerne

Informantene hadde gått et gruppelederkurs der de lærte om metoden og hvordan manualen kan brukes som et verktøy for å skape stimulerende aktivitet.

Det er en sånn MENINGSFULL måte å være fagperson på! Hva det gjør med meg. [...] en bevisstgjøring på å være fagperson sammen med dem [brukerne], [...] det ER en veldig god opplevelse å jobbe på den måten her! [...] Det handler om det som skjer i gruppa og om hvordan jeg kan bidra til at det blir bra da! (C)

Informantene hadde fått et verktøy for å bruke ulike

aktiviteter som stimulerer kognitive funksjoner hos personer med mild og moderat demens. Oppgavene i manualene har et nivå A og B, med litt ulik vanskelighetsgrad. Gruppelederne valgte nivået de mente passet for gruppa, satte søkelys på glede og mestring og vektla at meninger er viktigere enn fakta. Det ble lagt til rette for at alle kunne bidra med sine synspunkter. De beskrev at de hadde opplevd mye glede og engasjement sammen med gruppedeltakerne, og de fortalte at deltakerne gav uttrykk for at disse møtene var meningsfulle. KST var en møteplass der de sammen skapte trygge rammer for samvær og aksept for å være den man er. Informantene mente at det «ligger en omsorg i programmet», da det er personsentrert og vektlegger raushet, omsorg, smil, inkludering og det å bli sett og hørt. En av informantene uttalte:

Det at alle blir sett, at alle blir takka for bidraget sitt og for at de kom. Den varheten som vi [gruppelederne] har om hvordan deltakerne har det i dag [...] Du værer med en gang om det er én det er noe rundt, eller ikke. Og hvordan du kan få inkludert [deltakerne], hvordan du kan få tilpassa [aktivitetene] ... at ingen skal gå herfra i dag uten å ha fått noe bra med seg for resten av dagen (C)

Tro på at gruppedeltakerne får noe viktig

Informantene mente at hele KST-konseptet skaper samhold, glede og stor grad av aksept blant deltakerne. De sa også at rammene for gruppemøtene skapte trygghet og forutsigbarhet, samhold og tilhørighet, på tross av ulikheter i funksjonsnivå.

Gruppemøtene ble etter hvert en arena der deltakerne våget å åpne opp om sin kognitive svikt og oppnådde bekreftelse og ivaretagelse fra gruppedeltakerne. Informantene snakket med hverandre:

I forhold til det der med aksept, – jeg tenker at KST-konseptet på en eller annen måte legger opp til at folk blir rausere (D). STOR rausere (A). Og omsorg (C). Og jeg tenker at det ligger i KST-opplegget. At måten vi snakker sammen på, at vi snakker rundt ting, at vi alle bidrar, har jeg tenkt at det må være det som gjør det (D).

2. Å DRIVE GRUPPER KREVER KUNNSKAP OM HENSikten MED KST

Å legge til rette for mestring, inkludering, aksept og respekt

Å drive KST-grupper krevde at gruppelederne forsto hensikten med KST, og på hvilken måte de kunne bidra til å stimulere kognisjonen hos deltakerne, samt at de var trygge i rollen som gruppeledere. Under gjennomføringen av KST oppdaget informantene stadig mer om hvordan de kunne utnytte programmet for å møte behovene for stimulering hos deltakerne. Etter å ha kjørt programmet flere ganger var det lettere å gjøre tilpasninger av aktivitetene, og de følte seg friere til å improvisere slik at deltakerne fikk bedre utbytte av opplegget.

Etter hvert som du har kjørt temaet noen ganger da, så ser vi at det [aktiviteten/oppgaven] kanskje kunne vært gjort på en litt annen måte, eller så kommer du på litt ideer etter hvert og gjør det litt til ditt eget (A).

Det kunne være utfordrende for gruppelederne å forberede aktiviteter som passet for alle i en gruppe der funksjonsnivået sprikte. Informantene fortalte at de lagde eget materiell til gruppemøtene, selv om de hadde manualer til inspirasjon. Gruppelederne hadde faste møter der de snakket om hvilke aktiviteter som ble godt mottatt, og hvordan de best kunne legge til rette for at alle deltakerne hadde glede av sesjonen.

Gruppedeltakerne og gruppelederne deltok «på like vilkår», og man skulle unngå lærer-elev situasjoner. KST-programmet var lagt til rette for dialog og for å motivere deltakerne til å komme med egne synspunkter og assosiasjoner. Informantene fortalte at de fikk erfaringer underveis som viste at det var viktig å være åpne, kreative og fleksible. Å spille på lag med personer med demens og deres pårørende var en forutsetning for at opplegget ble vellykket.

Det krever jo veldig varsomhet fra oss [...] for vi ser jo at de ulike oppgavene slår ulikt ut hos deltakerne. Og det å fange opp når noen strever veldig, og liksom være der og balansere det her liksom. Og det kan være ulik person fra gang til gang. Man blir utrolig berørt altså! Noen ganger så kan jeg tenke: «tenk, at det betyr så mye!» og [jeg er] helt sånn ydmyk i forhold til hva slags INNSATS de legger inn i den ene timen, eller i den ene oppgaven, altså, virkelig går inn for det med alt de har (B).

Et sosialt møtested for tilhørighet og glede

Informantene understreket at KST-gruppen ble en arena der deltakerne opplevde å være en del av noe særskilt. Her kunne de komme, gjøre en innsats og være seg selv. De fortalte at deltakerne ofte sørget den dagen gruppa ble avsluttet.

Det er jo det vi legger veldig opp til, ikke sant, at det er gruppens liv og dem som ser hverandre. At dette er en time som er for DEM, ikke dem i forhold til deres pårørende eller i forhold til verden... så det her det er en tid for dem, – det sosiale, og glede og humør og å treffe hverandre og komme sammen altså (D)

Ja, de gleder seg til hver onsdag og. Også den gleden over å komme sammen. Med den gruppa du etter hvert blir veldig godt kjent med (A).

Enkelte deltakere hadde følt seg usikre i starten, for de visste ikke helt hva de gikk til. Derfor var det viktig at gruppelederne la til rette for en sosial møteplass med stor grad av aksept, der deltakerne kunne slappe av og trives.

Ja, jeg husker en som var så utrygg på å begynne, var veldig usikker på alt, og å komme her og vise fram svikten sin. Og [jeg] så den tryggheten som [personen raskt fikk] fordi selve gruppesamlinga var så trygg. Det at gruppemøtet ikke varer så lenge, at det er gjenkjennbart, det er faste plasser, det er de samme smila og velkomsten ... (C). Det har vært rørende hvor glade de er for å treffe hverandre altså! (A).

Informantene mente å ha observert en utvikling hos deltakerne, fra å være usikre til å få mer grep om det å leve med en demenssykdom.

Jeg har sett at deltakerne – før de starter, ikke vet at de har behov for å møte andre i samme situasjon. Det blir noe av det viktige i gruppa. Det med å finne seg i at «jeg har kognitive vansker, jeg husker ikke, du husker heller ikke, vi husker ikke». Vi

har litt humor på det og. Vi tenker ofte at personer med demens ikke har innsikt, men kan det komme av mangel på muligheter til å snakke om det, på sin måte (D).

Utfordringer med gruppesammensetninger og tilpasninger

Det å sette sammen personer i en gruppe kunne være krevende, da informantene forsøkte å finne folk som var på noenlunde samme nivå kognitivt. Det var ikke uvanlig at sykdommen progredierte ulikt hos deltakerne i løpet av perioden, og spriket i funksjonsnivået ble veldig tydelig under vedlikeholdsprogrammet som går over 24 uker.

Det var jo en endring fra de første gruppene vi hadde [over 7 uker] og til nå [24 uker] (D). Da blir spriket veldig stort innad i den gruppa. Og da måtte vi tilpasse en del [av aktivitetene] på slutten for å klare å holde [gruppa] sammen (C).

Med erfaring gikk gruppeledelsen lettere

Informantene fortalte at de etter å ha jobbet med KST-programmet var blitt mer oppmerksomme på KST som metode og potensialene til å «trimme hjernen». Det var enklere å velge ut oppgaver som kunne fungere godt, og de brukte noen av aktivitetene til andre grupper på dagsenteret også.

Når vi er sammen med de i lavterskeltilbudet i flere timer, så forstår vi kanskje enda bedre at det er ikke bare om å gjøre å fylle på med ting hele tida, fordi det er krevende å ta inn så mye. Det må være pauser og litt gode overganger i forhold til hva vi driver med, – ja, en balanse på ting da kanskje? (B).

Diskusjon

Siden antall personer med demens er økende, er det behov for mer differensierte behandlingstiltak innen helse- og omsorgstjenestene. Å få muligheten til å delta i samtaler og i sosiale fellesskap med andre er viktig for følelsen av tilhørighet, og det er også et satsingsområde som kommer til syne i ulike reformer som for eksempel Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) og Bu trygt heime-reformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Svarene fra intervjuet tyder på at KST introduserer mange ulike aktiviteter som kan bidra til engasjement, mestring, stimulering, håp og glede for personer med demens. Metoden er anbefalt i nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2022) som en av de psykososiale behandlingsme-

todene med best evidens. En Cochrane review fra 2023 fastholder at KST gir bedret kognisjon og andre positive effekter, som for eksempel bedret tankevirksomhet, økt konsentrasjon og styrket utførelse av daglige gjøremål, særlig for personer med demens i mild fase (Woods et al., 2023). Derfor anses KST å være en viktig psykososial intervensjon for eksempel som del av lavterskeltilbud for personer med mild til moderat demens.

KST-grupper er som nevnt en arena for meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet for personer med demens. Dette er i tråd med aktivitetsvitenskapen som omtaler sosial tilhørighet som en viktig helsegevinst (Hocking, 2017). Dersom mennesker ikke får muligheter til deltakelse i aktivitet som de ønsker eller trenger, kan dette forklares med det ergoterapeutiske begrepet aktivitetsdeprivasjon. Aktivitetsdeprivasjon oppstår i spennet mellom helseutfordringen en person har og omgivelsesnes mangel på å tilby muligheter for deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Kristensen et al., 2022). Et eksempel er når de ansatte tar det for gitt at personer med demens ikke vil ha utbytte av en aktivitet. Dette kan resultere i ekskludering og tapte muligheter til å utnytte sitt potensiale.

I KST er gruppeledernes evne til å tilpasse aktivitetene, skape trygghet og forutsigbarhet viktig. Det å ikke unngå å snakke om ømtålige tema som demens, kan åpne for å dele følelser og meninger hos gruppedeltakerne og hjelpe dem til å håndtere sin sykdom. Informantene erfarte at de oppdaget samhold i gruppa, og de så nye sider ved gruppedeltakerne. Disse observasjonene resulterte i at de bedre kunne tilpasse for aktivitet og deltakelse, også på andre arenaer. For informantene som drev KST-grupper var relasjonskompetanse sentralt. Relasjonskompetanse handler om de ansattes evne til å lytte, være til stede og til å vise interesse og respekt for deltakerne. Dette er i tråd med ivaretagelse «personhood», som handler om å anerkjenne personen og å vise respekt og tillit. *Personhood* kobles ofte mot selvtiliten og selvfølelsen hos individet, som del av en gruppe, i utøvelse av bestemte roller og når det gjelder opplevelsen av selvet (Kitwood & Brooker, 2019). Fra tidligere forskning er det rapportert at deltakerne i løpet av KST-programmet fikk mer grep om sykdommen og ble tryggere med hensyn til å leve med demens. Dette understøttes av kvalitativ forskning som sier at deltakelse i KST-grupper kan bidra til bedre språk, bedre kognisjon og mer årvåkenhet. I tillegg kan det å bli sosialt sterkere bidra til

økt deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet (Spector et al., 2011).

Informantene mente det var behov for å starte opp flere KST-grupper i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuter som har kunnskap om tilrettelegging av aktivitet for ulike grupper og har utdanning i å bruke aktiviteter for stimulering, er aktuelle som gruppeledere i KST til personer med demens, særlig med tanke på tidlig intervensjon og forebygging.

IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS

Informantene var enige om at KST var verdifullt i arbeidet med personer med demens. De oppdaget hvordan de kunne utnytte nøkkelprikkene i KST i andre situasjoner i sin arbeidshverdag. KST gav en ekstra dimensjon i jobben, og de ervervet nye kunnskaper og ferdigheter som bidro til gode gruppeprosesser og selvutvikling.

KST virker positivt både for personer med demens og for ansattes arbeidsglede. Fra et arbeidsgiverperspektiv vil det være tilfredsstillende at KST-tilbudet er vellykket. Kommuner som tilbyr psykososiale intervensjoner for personer med demens i en tidlig fase, får ofte godt ord på seg for å ha egne behandlingstilbud til en sårbar gruppe, noe det hittil har vært lite søkelys på.

Det vil alltid være noen omkostninger for en kommune å komme i gang med et KST-tilbud. Helsepersonell må ha opplæring i metoden, og de må ha kunnskap og kompetanse om demens. Kommunen må også ha rom til rådighet, kanskje transporttjeneste og ansatte som kan drive tilbudet. Denne studien antyder at dersom denne innsatsen blir etablert, vil det være mye å hente av gevinster for både personer med demens og ansatte.

Ergoterapeuter har kompetanse om både aktivitet og gruppeprosesser, og vi mener at faggruppen i større grad kan være synlige aktører ved å tilby evidensbaserte tjenester som kan bidra positivt innen hjernehelse.

METODEKRITIKK

En svakhet ved denne studien er at det er et lite utvalg av informanter, og at de ble intervjuet kun en gang. Det er derfor utfordrende å benytte en refleksiv tematisk analyse der målet er å oppnå fylldige data. Men, informantene kom raskt inn på grunnleggende temaer og fikk dermed muligheten til å utdype hva de mente om disse. Informantene ønsket å få tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet. Dette kan ha bidratt til større grad av

enighet om de ulike temaene, og at vi kan ha mistet noen aspekter som kunne ha vært interessante. Vi kunne ha pilotert intervjuguiden for å spisse den mer, og på den måten kommet mer i dybden på et spesifikt tema.

Intervjusituasjonen bar preg av at begge parter er begeistret for KST, og det er lite av innholdet som dreier seg om å problematisere sider ved denne behandlingsmetoden. Samtidig opplevde vi at intervjusituasjonen bar preg av gjensidig trygghet, og muligheten for å være kritisk var til stede. Vi har undersøkt fenomenet fra informantenes side i en kommune. Dette gav godt innblikk i deres erfaringer, men resultatene kan ikke uten videre overføres til andre kontekster. Med utgangspunkt i denne studien vet vi heller ikke noe om hvordan personene med demens opplevde å være deltakere.

ETIKK

Dette utviklingsprosjektet evaluerer betydningen av egen kursvirksomhet som grunnlag for å tilby en ny ikke-medikamentell gruppeintervensjon til personer med demens ute i kommunene. Prosjektet var ikke fremleggingspliktig for REK jamfør Helseforskningsloven paragraf 2 og 4, og studien kunne derfor gjennomføres uten REK-godkjenning. Personvernombudet ved Nasjonalt senter for aldring og helse har godkjent utviklingsprosjektet.

De fire informantene er anonymisert, og vi har innhentet skriftlig samtykke for å få publisere funn i denne artikkelen. Førsteutkastet og siste versjon av artikkelen ble sendt til informantene for gjennomlesing og godkjenning av innholdet.

Konklusjon

Konklusjonen fra fokusgruppeintervjuet er at det å drive KST-grupper kan ha flere fordeler for både personer med demens og for de ansatte. Det at personer med demens får en sosial tilknytning som tilbyr noe fast å gå til med meningsfullt innhold, kan styrke gjenværende ressurser og kognitive funksjoner. I noen tilfeller vil KST gi mulighet for innsikt i egen sykdom og åpne opp for viktige samtaler som kan være betydningsfulle ved en alvorlig diagnose som demens. For gruppelederne er det å tilby en aktivitetsbasert behandling som er evidensbasert, en styrke, og det underbygger den faglige profesjonsutøvelsen. Samtidig kan de oppleve arbeidsglede, faglig utvikling og at arbeidet med personer med demens oppleves mer meningsfullt.

Fotnote

- ¹ Manualen *Making a difference 2. An evidence-based group programme to offer maintenance cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders, vol 2* ble oversatt til norsk og publisert av forlaget Aldring og helse i 2022. Den norske tittelen *Å gjøre en forskjell 2, Vedlikeholdsprogram for kognitiv stimuleringsterapi. En manual for gruppeledere*, er oversatt og kulturtilpasset norske forhold av Weum, Holthe og Rønqvist.

Referanser

- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., & Orrell, M. (2019). *Making a difference 2. An evidence-based group programme to offer maintenance cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders*. (Vol. 2). Hawker publications Ltd.
- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., Orrell, M., Weum, R., Holthe, T., & Rønqvist, T. (2022). *Å gjøre en forskjell 2. Vedlikeholdsprogram for kognitiv stimuleringsterapi til personer med demens. En manual for gruppeledere*. Oversatt og tilrettelagt av Rita Weum, Torhild Holthe og Thale Kinne Rønqvist. Forlaget aldring og helse.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia Ganem, A., Frambourt, A., Molin, F., & Boller, F. (1994). Cognitive Stimulation of Patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217.
- Gibbor, L., Forde, L., Yates, L., Orfanos, S., Komodromos, C., Page, H., Harvey, K., & Spector, A. (2021). A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging Ment Health*, 25(6), 999-1007. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1747048>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Heine Strand, B., Kvell-Alme, M., & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge* (ISBN 978-82-8061-579-4). F. a. o. helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Oslo: Departementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2023). *Felleskap og meistring. Bu trygt heime. Meld. St. 24 (2022-2023)*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/st-m202220230024000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens.01.03.24>
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24(1), 29-42. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1294016>
- Kitwood, T., & Brooker, D. (2019). *Dementia Reconsidered, Revisited. The person still comes first* (Second Edition ed.). Open University Press. McGraw-Hill Education.
- Knapp, M., Bauer, A., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Cyhlarova, E., Hu, B., Jagger, C., Kingston, A., Patel, A., Spector, A., Wessel, A., & Wong, G. (2022). What are the current and projected future cost and health-related quality of life implications of scaling up cognitive stimulation therapy? *Int J Geriatr Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5633>
- Kristensen, H. K., Schou, A. S. B., & Mærsk, J. L. (2022). *Nordisk Aktivitetsvidenskab* (Second ed.). Munksgaard.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., Donovan, H., Hoe, J., Knapp, M., Whitaker, C., & Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 204(6), 454-461. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.137414>
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(5), 446-451. [10.1002/gps.1304](https://doi.org/10.1002/gps.1304)
- Small, G. W. (2002). What we need to know about age related memory loss. *British Medical Journal*, 324, 1502-1505.
- Spector, A., Gardner, C., & Orrell, M. (2011). The impact of Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: views from participants, their carers and group facilitators. *Ageing & Mental Health*, 15(8), 945-949.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia [Journal article]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2018). *Hukommelsesstimulerende terapi* (Kari Sofie Kvaal & I. D. Ulstein., Trans.). Universitetsforlaget.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Orrell, M., Kvaal, K., & Ulstein, I. (2018). *Hukommelsesstimulerende terapi. Oversatt og tilpasset norsk språk og kultur ved Kari Sofie Kvaal og Ingunn Dina Ulstein*. Universitetsforlaget.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial [Journal article]. *British journal of psychiatry*, 183, 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>