

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Institutt for Landskapsplanlegging
Seksjon for folkehelsevitenskap

Masteroppgave 2014
30 stp

Subjektivt velvære, sosiale interaksjoner og aktivitet for eldre med demens på dagsenter

En kvantitativ undersøkelse av atferdsendring ved dyreassisterte intervensjoner

Birgit Brusletto

Forord

Min bakgrunn som homeopat og terapeut innen komplementær medisin har gitt meg mulighet og etter hvert lang erfaring i å hjelpe enkeltmennesker til å ta vare på helsen sin. I dette arbeidet har jeg også lært at det fortsatt er mange felt innen helsefremmende arbeid som vi trenger mer viten om. Mitt mål med å ta en mastergrad er å få større innsikt og lære metoder for å kunne hjelpe enda flere mennesker på sikt. På privatfronten fikk jeg selv en praktisk oppgave i folkehelse da jeg høsten 2012 og i oppstart av masterstudiet, kolliderte på sykkel med en bil og fikk omfattende skader. Parallelt med studiene har jeg testet ut både primær- og sekundærhelsetjenestens tilbud og ikke minst hvordan ulike handikap og/eller sykdommer kan begrense og snevre inn ens livsutfoldelse. For meg var dette heldigvis av midlertidig karakter.

Gjennom min egen erfaring med dyr, har jeg fått oppleve den støtte det kan være å ha et kjæledyr nær seg når man er alene og muret inne av omstendigheter en ikke kan rå med. I andres liv har jeg også gang på gang sett hvordan kontakten mellom dyr og mennesker både stimulerer til økt smil og glede i en kan hende tung hverdag. At dyr kan være viktige bidrag til å få bedre helse og livskvalitet er jeg ikke ett sekund i tvil om. I hvilken grad og på hvilken måte dyr kan hjelpe mennesker med alvorlige diagnoser i institusjonssammenheng, er en litt annen problemstilling. Det er veldig spennende å få dypere innsikt i dette temaet.

Da jeg skulle velge gradsoppgave ved NMBU, var det naturlig for meg å velge et prosjekt med bruk av terapihunder. Masteroppgaven er utarbeidet ved hjelp av et større prosjekt kalt ”Dyrebar Omsorg” ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU). Masteroppgaven har gjennom å kartlegge atferd fra videoopptak, forsøkt å belyse om aktivitetene med terapi/besøkshund kan gi atferdsendringer som kan ha helsefremmende betydning for eldre personer som lider av demens.

Innsamling av data startet våren 2013 med filmopptak av første intervensjonsperiode. Andre runde med filmopptak ble utført høsten 2013. Høsten 2013 ble også prosjektplanen utarbeidet og godkjent.

Utarbeidelsen og ferdiggjøring av kartleggingen ble gjort senhøstes 2013 og slutført i januar/februar 2014. Dette skulle i henhold til fremdriftsplan vært gjort før jul, men ble av personlige årsaker utsatt. Forskyvningen med registrering av data ble derfor forskjøvet med nesten 2 måneder i forhold til planlagt progresjon. Registreringsfasen startet først i februar og analysefasen i slutten av mars.

Formell hovedveileder fra NMBU: Professor Camilla Ihlebæk, ILP

Biveileder og stipendiat ved Dyrebar Omsorg/NMBU: MSc Christine Olsen, ILP

Jeg vil rette en stor takk til alle deltakere i ”Dyrebar Omsorg”. Christine Olsen ga meg tilbud om å skrive masteroppgaven våren 2012, og har vært min nærmeste støttespiller under gjennomføringen av undersøkelsene. Fra arbeidet i prosjektet ønsker jeg også å takke min masterstudent-kollega Borghild Njærheim Barstad. Vi har delt utfordringer underveis og jeg vil takke henne for støtte og hjelp med registreringsarbeid og filming. Professor PhD Ingeborg Pedersen har bidratt med utvikling av etogrammet og gode innspill, og jeg takker Stipendiat Nina Jøranson for bidrag med filming.

Uten velvillige pleiere å ansatte ved institusjonene som har deltatt i undersøkelsen, ville jeg ikke hatt resultater å forske på. Tusen takk til alle dere! En spesiell, varm takk retter jeg til alle deltakerne og deres pårørende for at de har vært villige til å delta og gi oss bedre innsikt i en skremmende verden som rammer stadig flere.

På hjemmefronten har nære og kjære venner rundt meg vært gode støttespillere. Stor takk til dere alle for tålmodighet, adspredelser, mental og praktisk støtte! Takk også til katten min Maya, fordi du hele veien har hørt på alle mine diskusjoner med meg selv, og hele veien oppmuntret meg ved bare å være til stede med ditt glade vesen.

Til slutt vil jeg rette den aller største takken til mine to fantastiske veiledere ved NMBU. Christine Olsen har vært aktivt til stede hele veien med sin faglige tyngde, gode råd og innspill. Camilla M. Ihlebæk har vært en uvurderlig medhjelper og rådgiver i arbeidet, som jeg ikke kan få uttrykt min takknemlighet godt nok overfor. Et dypt og hjertelig tusen takk for motiverende måte å veilede på, tilgjengelighet, positive innstilling og all den faglige kunnskap, erfaring og gode hjelp som jeg har fått øse av underveis.

Med ønske om at denne oppgaven kan komme til nytte,

Nøtterøy, 14. Mai 2014



Birgit Brusletto

INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse

Forord	2
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. Sammendrag på norsk og engelsk	6
1.1 <i>Sammendrag</i>	6
1.2 <i>Abstract</i>	7
2. Innledning	8
3. Bakgrunn	10
3.1 <i>Demens</i>	10
3.1.1 Prevalens	10
3.1.2 Ulike kategorier av demens	10
3.1.3 Utfall, symptomer og atferd	11
3.1.4 Symptomer	12
3.1.5 Diagnose og behandling	13
3.2 <i>Teoretisk ramme</i>	16
3.2.1 Salutogenese	16
3.2.2 Flourishing	17
3.2.3 Aktivitetsvitenskap og sosial interaksjon	19
3.3 <i>Dyreassisterte intervensjoner - innledning</i>	22
3.3.1 Definisjon av dyreassistert intervensjon	23
3.3.2 Forskning på dyreassisterte intervensjoner med hund	23
3.4 <i>Litt om prosjektet "Dyrebar Omsorg"</i>	25
3.5 <i>Formålet med masteroppgaven</i>	26
4. Metode og design	27
4.1 <i>Deltakere og randomisering</i>	27
4.2 <i>Intervensjonene DAA og DAT</i>	29
4.2.1 Videofilming	30
4.3 <i>Registrering av data, instrumenter</i>	31
4.3.1 Registrering av atferd i etogram	31
4.3.2 Loggskjemaer	33
4.3.3 Andre variable	35
4.4 <i>Analyse</i>	36
4.5 <i>Etikk</i>	37

5. Resultater	38
5.1 <i>Utvalg og deskriptiv statistikk</i>	38
5.3 <i>Registrert atferd fra etogram</i>	40
5.3.1 Alle deltakere sammenslått	40
5.3.2 Menn og kvinner	40
5.3.3 Ulik grad av kognitiv svikt	44
5.3.4 Type intervensjon, DAA/DAT	44
5.3.4 Andre grupper som ble testet	45
5.4 <i>Atferdsendringer fra loggskjemaene</i>	46
6. Diskusjon	48
6.1 <i>Sammendrag av resultatene</i>	48
6.2 <i>Valg av metode</i>	49
6.2.1 Intern validitet	49
6.2.2 Reliabilitet	51
6.2.3 Generaliserbarhet	52
6.3 <i>Endringer i atferd</i>	54
6.3.1 Subjektivt velvære	54
6.3.2 Økt sosial interaksjon	56
6.3.3 Økt aktivitet	57
7. Konklusjon	59
Referanser	60
Vedlegg 1. Design dyreassistert aktivitet	64
Vedlegg 2. Design dyreassistert terapi	66
Vedlegg 3. Etogram og atferdsvariable for registrering av videoopptak	69
Vedlegg 4. Anbefalt rekrutteringsprosess ved institusjonene	70
Vedlegg 5. Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring	73
Vedlegg 6. Klinisk demensvurdering (KDV), skjema	76
Vedlegg 7. Godkjenning fra Regional Etisk Komite, REK	77

1. Sammendrag på norsk og engelsk

1.1 Sammendrag

Bakgrunn: Demens er en sykdom som stadig flere rammes av. Forskning har vist at dyreassisterte aktiviteter (DAA) og dyreassisterte terapier (DAT) overfor eldre med demens kan bidra til å bremse en utvikling av symptomer på negativ atferd, gi reduksjon i ensomhetsfølelse og stimulere til økt sosialt miljø blant deltakerne.

Mål: Hovedmålet med denne masteroppgaven har vært å undersøke om intervensjoner med hund gir atferdsendringer som tyder på bedre helse ved større grad av velvære og økt sosial interaksjon og aktivitet blant eldre med demens.

Metode: Atferd fra videoopptak med 33 deltakere i prosjektet "Dyrebar Omsorg" ved NMBU, gjennomført ved dagsenter i Østfold, Vestfold og Akershus, ble analysert ved hjelp av et utarbeidet etogram for registrering av atferd i 2. og 10. uke av den 12 uker lange intervensjonsperioden. Dataene ble analysert med parede T-tester i SPSS. Stratifiserte analyser på kjønn, grad av demens og type intervensjon (DAA/DAT) ble også gjennomført. Det ble i tillegg registrert data fra hundeførers loggskjema tidlig og sent i intervensjonsperioden.

Resultater: Varighet av aktive øvelser økte signifikant i intervensjonsperioden ($p=0,004$). Samtaletemaer om nåtid ($p=0,011$) samt signaler på velvære i form av synging, plystring, nynning og dansing ($p=0,004$) økte også signifikant. Det fremkom ingen signifikant endring i utvikling av negativ atferd som vandring, søvn, gjesping/sukking eller repetitive bevegelser. Agitasjon i form av gråt, rop og lignende ble ikke registrert. Blant menn økte stemning og fysisk kontakt med mennesker mest, og blant kvinner økte spesielt samtalefrekvensen om nåtidstemaer og aktive øvelser. De med mer alvorlig demens ($KDV \geq 2$) så ut til å ha større utbytte og effekt i mer samtaler og aktive øvelser. DAT så ut til å gi størst positiv effekt på varighet av aktive øvelser ($p=0,001$), mens DAA ga signifikant økning i frekvens av konversasjoner ($p=0,002$). Loggskjemaene viste en signifikant økning ($p=0,025$) i variabelen "kommunikasjon" (alle deltakere), samt i "stemning" (menn, $p=0,022$).

Konklusjon: Resultatene støtter tidligere forskning som viser at intervensjoner med dyr for pasienter med demens kan gi økt subjektivt velvære, sosial interaksjon og aktivitet. Det trengs imidlertid mer systematisk forskning og kontrollerte studier for å kartlegge effekten av dyreassisterte intervensjoner for denne gruppen.

1.2 Abstract

Background: The prevalence of dementia will increase among elderly in the future. Studies have shown that animal assisted activities (AAA) and animal assisted therapy (AAT) could inhibit development of negative behaviour like agitation, reduce feelings of loneliness and increase social interactions and activity.

Aim: The aim of this master thesis is to investigate if interventions using therapy dog for elderly suffering from dementia could give changes in health in form of increased wellbeing, social interactions and activity.

Method: Behaviour from videotapes of 33 participants from day care centers in the municipalities of the communities Østfold, Vestfold and Akershus in Norway were analyzed by a tailored ethogram for the 2nd and 10th week, and intervention log were also used. All data were analyzed with paired T-tests in SPSS. Stratified analyzes for gender, degree of dementia, and type of intervention (AAA/AAT) were also conducted.

Results: The duration of "Active exercise" was significantly increased during the intervention ($p=0,004$). Conversations about present themes increased significantly ($p=0,011$) as well as "Singing, humming, whisteling, dancing" ($p=0,004$). There were no significant changes in negative behaviour like wandering, sleep, yawning/sighing or repetitive movements. Agitated behaviour like crying, swearing and yealling did not occur at all. Men seemed to be more likely to have increased good moods and physical contact with other people late in the period, whereas woman had an significant increase in conversation and physical activity. The participants with severe dementia ($CDR \geq 2$) seemed to have more conversation and a higher frequency of physical activity late in the intervention period. AAT seemed to have the greatest positive effect on increased duration of physical activities ($p=0,001$) whereas AAA were found to significantly increase the frequency of conversations ($p=0,002$). The log forms variable "Communication" increased significantly in general ($p=0,025$).

Conclusions: The results supports earlier studies that have found that animal-assisted acitivity (AAA) or therapy (AAT) may give increased wellbeing, social interactions and activity. Systematic, randomized controlled trials are still needed to confirm the effects of animal assisted interventions.

2. Innledning

Fysisk, mentalt og sosialt velvære har i tillegg til fravær av sykdom stått som definisjon på god helse siden 1948 (World Health Organization 1948):

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

På tross av denne omfattende og helhetlige definisjonen på helse, var helsediskursen preget av fokus på sykdommer med deres årsaker, behandling og forebygging (patogenese) helt frem til midten av 80-tallet (Mæland 2010). Den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky innførte på 70-tallet begrepet ”salutogenese” som komplementær tilnærming til patogenese (Antonovsky 1979). Salutogenese har fokus på hva som holder oss friske og dermed er helsefremmende, og ikke hva som gjør oss syke. Velvære og livskvalitet er etter hvert regnet som vesentlige helsefremmende faktorer og har de senere år blitt gjenstand for forskning som har ledet til utvikling av flere teorier og instrumenter (Fortmeier 2005; Keyes 2013; Rokstad 2005). God livskvalitet er et omfattende begrep, som inkluderer behovet for objektivt og subjektivt sosialt velvære og interaksjoner med andre (Felce & Perr 1995; Naidoo & Wills 2009).

Vår vestlige kultur preges av at vi generelt har bedre helse og stadig flere blir eldre. Med økende alder øker risikoen for utvikling av demens. Demens forårsaker hjerneskader og kan i per i dag ikke helbredes, men må betraktes som en gradvis progredierende sykdom med et vidt spekter av symptomer og utfall (Helse- og omsorgsdepartementet 2007; Kjelberg 2002; Langballe & Hånes 2013; Rokstad 2005). Etter hvert vil evne til kommunikasjon, apati, depresjon og innesluttethet ofte kunne sette begrensinger for sosial kontakt. Omfanget av og sykdommens kompleksitet i utfall setter høye krav til helsevesenet fremover, både økonomisk og omsorgsmessig. Det er viktig å kunne tilby god behandling og aktiviteter som kan gi de som rammes de beste muligheter til god livskvalitet på tross av en sykdomsutvikling (Cruz et al. 2013). Det offentlige har de senere år fokusert på denne utfordringen og også bevilget midler til igangsettelse av ulike dagaktivitetstilbud og mer forskning (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Innenfor komplementær pleie og omsorgsarbeid innen psykisk helse og eldre med demens har man i vår tid sett økende bruk av dyreassisterte intervensjoner og aktiviteter (Antrozologiseret 2011; Bernabei et al. 2013; Filan & Llewellyn-Jones 2006). Det er de

siste årene gjennomført flere studier med bruk av aktivitet med dyr for eldre i institusjoner (Kawamura et al. 2009; Majic et al. 2013; Nordgren & Engstrom 2014; Perkins et al. 2008; Souter & Miller 2007; Travers et al. 2013). Disse studiene viser blant annet at gjennom jevnlig kontakt med hund kan depresjon, ensomhetsfølelse, uro og angst reduseres, og sosiale interaksjoner og kontakt, samt opplevelse av livskvalitet øke blant deltakerne.

Metodisk er det etterlyst flere kvantitative undersøkelser med bruk av terapihunder, og helst for å avdekke direkte årsaker til de positive resultater som er vist i flere kvalitative studier (Filan & Llewellyn-Jones 2006; Williams & Jenkins 2008). I denne oppgaven vil det bli utført kvantitativ måling av atferd gjennom et eget kartleggingsverktøy – etogram (Martin & Bateson 1993). Metodisk er etogrammer et kartleggingssystem for atferd, kanskje best kjent innen etiologi. Metoden er overførbar og kan benyttes til å registrere atferd hos mennesker på tilsvarende måte (Cruz et al. 2013; Troisi 1999).

I denne oppgaven danner filmopptak av sesjoner i intervensjonsperioden basisen for en kvantitativ vurdering og registrering av atferdsendringer fra tidlig til sent i intervensjonsperioden. Målet med oppgaven er å se om det kan finnes kvantitative og statistisk signifikante tegn på at jevnlig aktivitet med hund kan virke helsefremmende gjennom økt subjektivt velvære, sosial interaksjon og aktivitet blant deltakerne.

3. Bakgrunn

3.1 Demens

3.1.1 Prevalens

I Norge i dag har vi anslagsvis 70 000 diagnostiserte tilfeller av demens i Norge og dette antallet forventes å stige til ca. 160 000 i 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Med tanke på at alle disse har pårørende, kan antallet personer som direkte eller indirekte rammes av sykdommen bli meget høyt.

Demens er en lidelse som øker i omfang med økende alder og som rammer flest personer over 65 år (Langballe & Hånes 2013). Tall fra 2006 viser at størst andel (40 %) av befolkningen er rammet ved alder over 90 år. Fra 80-84 år er 18 % rammet. For personer under 65 år er mindre enn 1 % rammet (anslagsvis 1000 – 1500 personer). Det forventes at i 2020 vil vi i Norge bruke ca. 18 milliarder kroner til tiltak for de som er rammet, vesentlig som pleie- og omsorgstiltak.

3.1.2 Ulike kategorier av demens

Mange lidelser kan føre til demens og sykdomsgruppen inndeles i 5 kategorier (Langballe & Hånes 2013).

1. Alzheimers Sykdom rammer ca. 60 % av de som får demens. Det dannes avleiringer i hjernen (plakk) og knuter på nervetråder, som skyldes en feil i nedbrytning av et protein (Langballe & Hånes 2013). Symptomer utvikles sakte og det kan gå opptil 10-20 år før de blir alvorlige (Kjelberg 2002). Det finnes per i dag ingen reell behandling eller kur, selv om forløpet kan forsinkes.
2. Vaskulær demens rammer ca. 20 %, og kommer av redusert blodforsyning til hjernen og/eller at hjernen får for lite oksygen (Langballe & Hånes 2013). Det kan oppstå sykelige forandringer i blodårene og det kan være underliggende hjerte- og karsykdom, som blodpropp eller infarkter i hjernen (Kjelberg 2002). Med vaskulær demens kan en forsinke eller stoppe forløpet ved å behandle underliggende sykdom. Størrelse på skaden og hvor i hjernen det rammer, er utslagsgivende for symptombildet.

3. Frontotemporal demens fører til forandringer i panne- og tinninglappene i hjernen (Langballe & Hånes 2013). Dette kan gi atferdsmessige store utslag, fordi det gir sviktende kontroll over emosjoner og humør. Disse pasientene kan bli meget utagerende og aggressive, og trenger ofte ekstra mye tid og pleie (Kjelberg 2002). Utbredelsen av denne type demens er usikker, men disse tilstandene antas å være sjeldne.

4. Demens med Lewy-legemer er knyttet til Parkinsons sykdom (Langballe & Hånes 2013). Man finner hos disse pasientene strukturer (Lewy-legemer) av proteiner i hjernestammekjerner og hjernebark (Årslund 2002). Kjemisk blir acetylkolin og dopamin i hjernebarken redusert, og pasientens symptomer kjennetegnes ofte av varierende bevissthetsnivå og synshallusinasjoner i tillegg til tendens til skjelvinger (Parkinsonisme). I 2002 ble denne varianten av demens anslått til å omfatte 10-15 % av demenslidelsene, men man er i dag mer usikker på utbredelsen (Langballe & Hånes 2013).

5. Blandingsdemens er en kategori som særlig kommer til uttrykk i de senere fasene i demenssykdommens forløp (Langballe & Hånes 2013). Pasienter med Alzheimer kan utvikle hjerte- og karsykdommer og pasienter med Lewy-legemer kan utvikle Alzheimer i tillegg. Blandingsdemens er anslått til å utgjøre ca. 10-15 % av pasientgruppen med demens (Kjelberg 2002).

3.1.3 Utfall, symptomer og atferd

Alle som får diagnosen demens, utvikler over tid hjerneskader som ikke kan kureres (Kjelberg 2002). Hjerneceller hos personer med demens dør raskere enn normalt, og kan ikke erstattes. Hvilke symptomer, endringer i atferd og utfall som utvikles hos den enkelte, er avhengig av hvilke deler av hjernen som rammes. Hjerneskadene kan også føre til at kjemiske stoffer i hjernen påvirkes. Dette kan ha stor betydning for hjernens funksjon og dermed også emosjoner og atferd (Kjelberg 2002).

Vanligvis utvikler og forverrer hjerneskadene seg over tid (Kjelberg 2002; Langballe & Hånes 2013). I noen tilfeller kan de stoppes eller forsinkes dersom behandling settes inn på et tidlig tidspunkt. Tidlig i utviklingen vil ofte symptomene være vanskelige å oppdage, og spenner fra nesten umerkelige forandringer i starten, og til sent i forløpet hvor personen blir pleietrengende og hjelpeløs. Noen demenssykdommer kan gi alvorlige symptomer allerede etter 2-4 år, mens andre kan utvikle seg saktere over en periode på 15-20 år. Den raske utviklingen ses oftere dersom demenssykdommen rammer i 50-60 årene (Kjelberg 2002).

3.1.4 Symptomer

Utfordrende eller også gjerne ofte kalt ”vanskelig” atferd kan noen ganger forklares direkte ut fra hvilke symptomer som en demenslidelse gir; hukommelsestap, forvirring, tap av steds- og tidssans etc. (Kjelberg 2002). Hukommelsessvikt er kanskje det mest vanlige symptomet, og pasienten selv registrerer at den svikter. Dette kan være frustrerende og vanskelig å takle. Først rammes gjerne korttidshukommelsen, og så forsvinner hukommelsen gradvis bakover i tid. På sikt kan også langtidshukommelsen rammes. Noen pasienter opplever også at hukommelsen svikter med at det oppstår ”hull” i minnene. Uansett kan hukommelsessvikt oppleves veldig plagsomt for pasienten selv, og ikke minst for pårørende, som kan oppleve at pasienten heller ikke kjenner igjen sine barn eller ektefelle. Det er i følge Kjelberg (2002) mulig for pleiere og pårørende å fremprovosere negativ atferd ved å ikke vise pasienten forståelse for dette symptomet.

Evne til abstrakt tenkning og dermed tidsbegreper kan for noen bli vanskelig å forholde seg til (Kjelberg 2002). De kan blande nåtid og fortid slik tidsbegrepenes betydning viskes ut. De kan for eksempel snakke i nåtid om hendelser som skjedde da de var barn. Det kan gi negative reaksjoner dersom pasienter med slike symptomer utfordres på det med tiden og tidsbegrepene.

Et annet symptom er svekket evne til å orientere seg geografisk og i omgivelser (Kjelberg 2002). Det kan gi angst og forvirring å ikke finne frem, og det kan også føre til generell vandring og uro. Flytting vil kunne oppleves som ekstra vanskelig og forvirrende, da pasienten opplever å ikke finne hjem igjen.

Hjerneskader kan gi konsentrasjonsproblemer og -forstyrrelser. Slik kan mange oppgaver etter hvert bli vanskelig å utføre og samtaler kan bli springende i temaer (Kjelberg 2002). I tillegg vil ofte evne til å tenke rasjonelt også bli påvirket. Tankerekker og resonnementer vanskeliggjøres. Pasienten vil ofte handle mer på impuls, som kan gi seg uttrykk i vanskelig atferd. Dersom pasienten føler at hans integritet blir utfordret, kan sinne og aggresjon oppstå.

Språkproblemer er også et symptom som ytterligere kan forverre situasjonen (Kjelberg 2002). Det å kunne bruke hodet, formidle sine tanker og få forståelser gjennom tale, lesing og muntlig kommunikasjon viker etter hvert plassen for kroppsspråk og atferd som uttrykksmåte. Det kan være vanskelig å formidle meninger og følelser uten verbalt språk. Det kan lede til misforståelser, irritasjon, sinne og fortvilelse hos pasienten – som i verste fall kan lede til

agresjon. I en studie fra 2012 går det frem hvordan evne til sosial oppførsel kan påvirkes i ulike stadier av demens, og at særlig i senere stadier kan denne bli vesentlig redusert (Henry et al. 2012). Det går her frem at tap av kognitiv og logisk tenkeevne kan se ut til å påvirke evne til sosial interaksjon mer enn påvirkning fra tap av hukommelse.

Sanseapparatet kan også rammes av demens (Kjelberg 2002). Syn, hørsel, smak og følesans kan helt eller delvis falle bort. Det å ikke kunne tolke eller forstå signaler fra sanseapparatet kan føre til mange situasjoner som kan skape engstelse og misforståelser. Bortfall av evne til å utføre handlinger kan også være et symptom på demens. Fysisk er det påvist manglende balanse og større falltendens (Lamoth et al. 2011; Stenhagen et al. 2013; Tsuchida & Mano 2003). Likeledes kan kontroll over følelser avta (Kjelberg 2002). Atferden vil da ofte gjenspeile direkte den indre sinnsstemningen som vedkommende er i. Irritabilitet kan være et symptom på demens, men kan også være en forklaring på og reaksjon på opplevelsen av en eller flere av de andre symptomene.

Demens kan gjennom utviklingen av symptombildet gi pasienten mange negative følelser som maktesløshet, frustrasjon, forvirring, frykt, sinne og desperasjon (Rokstad 2005). Det anslås her at ca. 40-50 prosent av personer med Alzheimer også lider av depresjon. I følge Rokstad (2005) kan det noen ganger være vanskelig å skille symptomer fra demens og symptomer fra depresjon. Uansett årsak vil depresjon ofte komme til uttrykk ved ulike grader av nedstemthet, oppgitthet, isolasjon og mangel på energi. Økt sosial kontakt kan påvirke positivt, særlig dersom grad av nedstemthet ikke er for sterk. Rokstad (2005) fokuserer på hvor viktig det er å spille på pasientens egne ressurser, trivsel og velvære. Hun definerer gjennom sitt observasjonsverktøy for pasienter med demens tegn på velvære ("wellbeing") og mangel på velvære ("illbeing"). Her går det frem at tegn på velvære blant annet kan være å ha "evne til initiativ og sosial kontakt", og å ha humor og avslappet kroppsholdning. Tegn på manglende velvære kan uttrykkes i bedrøvelse, sinne, apati, kjedsomhet m.m.

Det endelig utfall på diagnosen demens er som regel sterkt behov for pleie etter hvert som sykdommen utvikler seg, og den siste levetiden tilbringes ofte i institusjon/sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

3.1.5 Diagnose og behandling

Ved tegn på demens, blir man gjerne utredet gjennom først å oppsøke fastlege. Dessverre er sykdommen noen ganger vanskelig å oppdage på et tidlig tidspunkt (Kjelberg 2002).

Dersom hjerneskadene oppdages tidlig, finnes i dag medikamenter som kan stanse eller sinke utviklingen (Kjelberg 2002). Demens ender ofte med pleietrengende omsorg og tilrettelegging på institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2007; Langballe & Hånes 2013). God omsorg innebærer også å sette i verk behandlingstiltak og aktivitetstilbud for de som rammes.

Diagnostisk finnes flere instrumenter i form av tester, men ofte benyttes Minimal test MMSE-NR (Pernecky et al. 2006; Strobel & Engerdal 2008). Denne testen tas gjerne før diagnose demens er satt. Den består av et spørreskjema og oppgaver til den som skal testes. Testen tar utgangspunkt i de vanligste symptomer og kartlegger graden av utfall. Skåren som testen gir tolkes av helsepersonell.

For å kartlegge kognitiv svikt og grad av demens med hensyn til mentale problemer, ble det på 80-tallet utviklet og tatt i bruk et spørreskjema; Klinisk Demens Vurdering (Clinical Dementia Rating - CDR) heretter kalt KDV (Hughes et al. 1982; Pernecky et al. 2006). Dette skjemaet fylles ut av helsepersonell som har observert pasienten i minimum 4 uker. Skjemaet benyttes gjerne for å se i hvilken grad sykdommen utvikler seg over tid.

3.1.5.1 Atferdskartlegging

Atferdsterapeutisk tilnærming til behandling av personer med demens beskrives blant annet i boken "Kommunikasjon på kollisjonskurs" (Rokstad 2005). Rokstad hevder at det å gjøre en kartlegging i seg selv kan ha effekt på utfordrende eller uønsket/negativ atferd ved å skape bevisstgjøring og forståelse for den enkelte pasient. Det å se hvert enkelt menneske med demens som et subjektivt individ og ikke et objekt, er kanskje en av de største utfordringene i institusjon når symptomer som hukommelsestap og økende agitasjon og frustrasjon hos den rammede tiltar. Negativ/utfordrende atferd som repetitiv tale, kjefting, roping, skriking samt fysisk utagering kan være et rop om hjelp og et tegn på stor frustrasjon. Måten dette takles på kan ha stor innvirkning på videre atferd fra pasientens side. Slik atferd kan også gjerne være et uttrykk for underliggende behov som ikke blir møtt, og ikke nødvendigvis være symptomer i seg selv (Cohen-Mansfield 2013).

3.1.5.2 Aktivitetstilbud

Det finnes gode alternativer til medikamentell behandling ved negativ atferd hos pasienter med demens (Cohen-Mansfield 2013). Det å bli møtt på udekkede behov for sosial kontakt

eksempelvis, kan stimuleres ved ulike typer aktiviteter. Slike umøtte behov kan spenne fra kjedsomhet og behov for sosial kontakt og manglende stimulering til smerter og ubehag. Aktiviteter og tiltak bør tilpasses den enkelte og dennes interesser og behov (Cohen-Mansfield 2013; Fortmeier 2005; Rokstad 2005). Gode aktivitetstilbud har vist seg å kunne stimulere til økt subjektivt opplevelse av mening, mestring og velvære. I Helsedirektoratets omsorgsplan "Den gode dagen" går det frem at det offentlige ønsker å satse mer på å hjelpe de som er rammet av demens, blant annet med å tilrettelegge for ulike dagaktivitetstilbud for denne gruppen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Det å bli eldre og tilpasse seg en ny livssituasjon er i seg selv en utfordring, og aktivitetstilbudet kan ha stor betydning for å lykkes med dette (Christiansen & Townsend 2011; Stevens-Ratchford 2005). Aktiviteter som stimulerer fysisk, sosialt og kognitivt er viktig for å opprettholde opplevelse av sammenheng (SOC) og mestringsfølelse. Dette kan ha stor betydning for den enkeltes helse og funksjonsnivå.

3.2 Teoretisk ramme

Det teoretiske fundamentet i denne masteroppgaven vil hentes fra et helsefremmende perspektiv (Naidoo & Wills 2009), hvor salutogenese og ”Flourishing” teori (Antonovsky 2012; Keyes 2013) samt teori fra aktivitetsvitenskap (Christiansen & Townsend 2011; Njelesani et al. 2012) vil bli benyttet for å belyse resultatet fra undersøkelsen.

3.2.1 Salutogenese

Den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky innførte på 70-tallet begrepet ”salutogenese” som komplementær tilnærming til patogenese (Antonovsky 1979). Salutogenese handler først og fremst om hva som holder mennesket friskt, fremfor hva som gjør en syk (patogenese). Antonovsky ville bort fra et tradisjonelt og dikotomisk syn på helse som ”syk/ikke syk” på bakgrunn av diagnoser og symptomer, og over på en gradering av helse på et helsekontinuum med et større og mer helhetlig perspektiv på mennesket, og som noe langt utover det å være et biomedisinsk system (Antonovsky 2012).

På bakgrunn av sin forskning utviklet han en modell for hva han hevdet skulle til for å ha forutsetninger til å være og forbli i den riktige enden av helsekontinuumet, hvor han definerte frisk i ene enden og syk i den andre. Han hevdet at det er avgjørende for helsen i hvilken grad et menneske har en tilværelse hvor de har opplevelse av sammenheng – ”Sense of Coherence” heretter kalt SOC (Antonovsky 2012). SOC består av 3 grunnpilarer; meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. Fundamentet ligger i å oppleve mening i livet og situasjonen en er i. En person som finner en mening med det som skjer, vil være tilbøyelig til å kunne klare seg bedre (inkludert ha bedre helse) enn en som ikke ser mening i hverdagen. Dersom situasjonen i tillegg til å ha mening oppleves forståelig og håndterbar (mestring), vil personen ha en sterk SOC og tendere mot å bevege seg i riktig retning på helsekontinuumet – altså på vei mot bedre helse (Antonovsky 1979; Antonovsky 2012). Videre etablerte Antonovsky begrepet ”motstandsressurser”. Da alle mennesker opplever motgang som sykdom, negative livshendelser etc, vil ens indre (personlige) og ytre (miljømessig og sosialt) evne til å ta i bruk sine ”motstandsressurser” være avgjørende for hvilke helsemessige konsekvenser situasjonen kan få (Antonovsky 1979). En person med sterk SOC vil lettere kunne finne disse og ta de i bruk på egen hånd, mens en person med svakere utgangspunkt, kan hende behøver hjelp utenfra for å eksempelvis finne en mening i det som skjer.

Når det gjelder studier, er det foretatt en del positive funn på eldre og SOC's betydning for livskvalitet og velvære, blant annet Schneider et al. (2004), men det er mindre forskningsresultater å finne på eldre som har utviklet demens. I en norsk spørreundersøkelse fra 2012 hvor 227 beboere på sykehjem ble intervjuet, fant de at depresjon kan være relatert til emosjonell ensomhetsfølelse og isolasjon samt at SOC er direkte relatert til emosjonell og sosial ensomhetsfølelse (Drageset et al. 2012). I sin konklusjon oppsummerer de at muligheten for å kunne gi andre omsorg, er viktig for å kunne fungere sosialt og kan gi følelse av å ha kompetanse (mestring). I en annen norsk undersøkelse blant eldre sykehjemspasienter, fant de at reduksjon i depresjonssymptomer var assosiert med økning i SOC (Helvik et al. 2013).

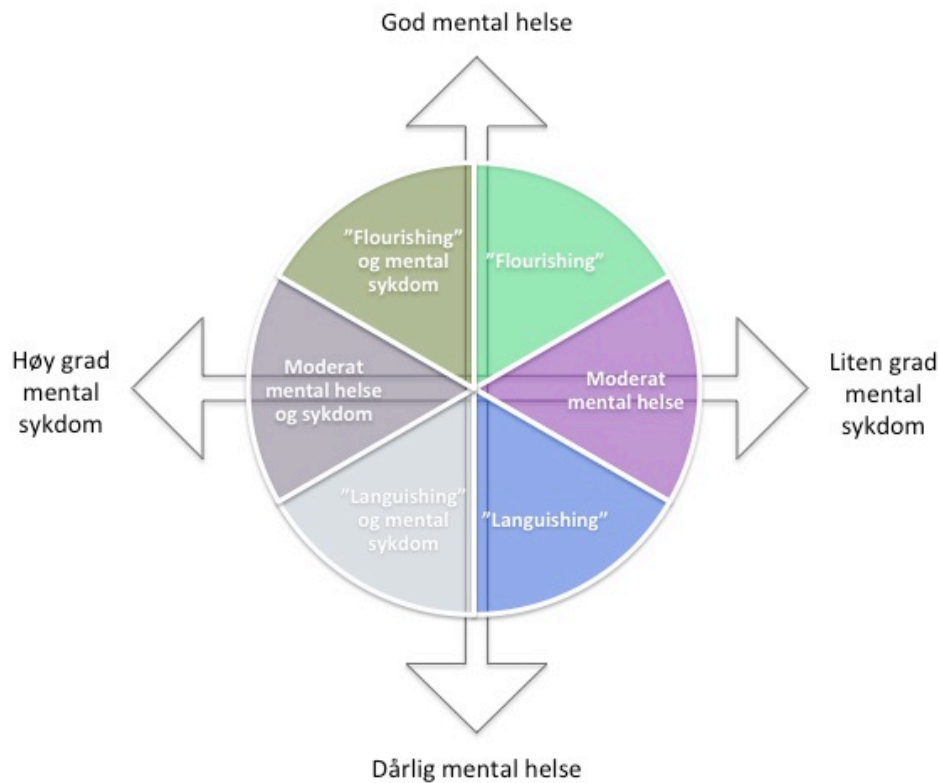
Salutogenese anses i dag å være en teoretisk "paraply" som rommer mange tilnærminger (Lindström & Eriksson 2010). Langeland & Vinje (2013) konkluderer i sin seneste artikkel om salutogenese med viktigheten av å fokusere på økt velvære for mennesker med mentale helseproblemer. Det gjelder å aktivt å assistere pasienten i å bygge på deres egne ressurser; styrker, verdier og muligheter. Dette stemmer godt overens med det Rokstad (2005) poengterer, hvor hun beskriver hvor viktig det er å ta utgangspunkt i den enkelte og deres egne ressurser.

3.2.2 Flourishing

"Flourishing" er en modell som bygger videre på Antonovskys salutogene fundament, og som beskriver mental helse og velvære som et 2-dimensjonalt system opp mot sykdom og symptomer på mentale lidelser (Antonovsky 2012; Keyes, C. L. M. 2002; Keyes 2005; Keyes 2013). Teorimodellen (figur 1) er utviklet av professor i sosiologi, Corey L.M. Keyes. Keyes presenterte i 2002 et eget helsekontinuum for mental helse hvor "Flourishing" består i å ha positiv mental helse i den ene retningen, definert som positive følelser og positivt psykologisk og sosialt funksjonelt nivå i livet. "Languishing" handler om fravær av positiv mental helse.

I Keyes studie fra 2002 som omhandlet 3032 voksne personer mellom 25 og 74 år i USA, viste det seg at risiko for å ha hatt en alvorlig depressiv episode var 2 ganger større dersom personen ble definert som "Languishing" kontra de som hadde moderat mental helse og hele 6 ganger større blant de som ble definert som "Languishing" kontra de som ble definert som "Flourishing" (Keyes, Corey L. M. 2002; Keyes 2013). I denne studien konkluderes det med

at en livsstil som er "Flourishing" ser ut til å være en beskyttende faktor for utvikling av mentale lidelser.



Figur 1. (Keyes 2013) dualistiske modell for mentalt helsekontinuum kontra mental sykdom (diagnose/symptomer). En pasient med alvorlig mental sykdom kan ha høy grad av emosjonelt og funksjonelt velvære ("Flourishing"). En positiv tilhelingsprosess vil bevege seg oppover og/eller til høyre, mens en negativ utvikling vil gå nedover og/eller mot venstre.

(Keyes 2013) skiller mellom den hedoniske og den eudamoniske retning innen subjektivt opplevd velvære, hvor den hedoniske handler om å føle lykke og tilfredshet, opplevd følelsesmessig velvære som positiv affekt og livsglede ("emotional wellbeing"). Den eudamoniske retningen omhandler funksjonell velvære og kvalitet på funksjonsnivå i livet gjennom psykologiske og sosiale måleparametre (Keyes 2013). Dette handler blant annet om opplevelse av mening og mestring, autonomi, positive relasjoner med andre, å fungere i sosiale grupper og sosial integrasjon (Keyes 2013; Provencher & Keyes 2013).

Som instrument har Corey L. M. Keyes utviklet spørreskjemaer som dekker alle områdene innen "Flourishing" modellen. Ved å benyttes skjemaet, kan det defineres hvor på det mentale helsekontinuum en person befinner seg (Keyes 2013).

Keyes forsøker å bygge bro mellom tradisjonell symptom og diagnosefokus og opplevd (subjektivt) mentalt velvære (Keyes 2013). I hans modell kommer tydelig frem hvordan man kan se sammenheng og skille mellom subjektivt velvære og livskvalitet opp mot diagnose og symptomer. Keyes (2013) hevder at opplevd subjektivt velvære over tid kan bidra til forbedring av symptomer fra mental sykdom. I figur 1 vises en oversikt over en 2-dimensjonal teoretisk modell for ulike veier til bedring fra mentale lidelser. Viktig å merke seg at selv om en er fri for diagnose, så er ikke det ensbetydende med å ha god mental helse ("Languishing"), og at man kan være "Flourishing" med høyt nivå av mental helse på tross av en mental sykdomsdiagnose.

"Flourishing" modellen med dens helsekontinuum ble testet i en større undersøkelse på 1234 ungdommer i alder 12 – 18 år i USA (Keyes 2006). "Flourishing" var mest vanlig i den yngste gruppen fra 12-14 år, mens moderat mental helse var mest utbredt blant de eldre (15-18 år). Han fant videre at de som hadde depressive symptomer, fikk over tid reduksjon i disse ettersom subjektivt velvære (mental helse) økte. Det er foreløpig gjennomført få undersøkelser på alvorlige lidelser som demens og blant eldre personer.

Provencher & Keyes (2013) har videreutviklet Keyes modellen for mental helse kontinuum til også å omfatte prosesser til forbedring fra mentale sykdommer. Fokuset bør være på utbyttene pasientene har i livet, fremfor fokus på symptomer (Provencher & Keyes 2013). Et salutogent perspektiv i et fokus på tilhelingsprosesser fra mentale lidelser vil være å ha fokus på deltakelse og det som gir glede og velvære på tross av diagnose og symptomfokus. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter for den enkelte kan i tillegg til velvære i nuet, gi både positive sosiale relasjoner (sosial aksept), bedre miljømessig kontroll (autonomi) og knytning til andre (Provencher & Keyes 2013). De hevder at det å bli bra, eller å kunne ha det så bra som mulig med en alvorlig mental lidelse, er "mer snakk om en prosess, og ikke et resultat".

3.2.3 Aktivitetsvitenskap og sosial interaksjon

Aktivitetsvitenskap er en relativt ny vitenskap. Aktivitetsperspektivet ("occupational perspective") har blitt definert som 2 begreper, henholdsvis fra 1953 og 1996 (Njelesani et al. 2012). I 1953 ble begrepet mest brukt relatert til politikk og lønnet arbeid, men også som

perspektiv innen andre fag som økonomi, geografi, journalistikk m.fl. I våre dager defineres gjerne aktivitetsvitenskap som: "A way of looking at or thinking about human doing". Aktivitetsvitenskap rommer et terapi- og helsefremmende perspektiv gjennom "å gjøre"-begrepet, slik det gjennomsyrrer hele vårt liv på makro- og mikronivå. Alt vi "gjør" påvirker oss og våre livsprosesser, vårt samfunn og miljø. Aktivitet definert i dette perspektivet er langt mer enn mosjon og idrett. Daglige rutiner, å lese en bok, vaske opp, meditere eller se på TV er også gjøremål. Vi utgjør i tillegg alle en mer eller mindre aktiv del av et sosialt nettverk og samfunn, og sosial interaksjon anses som en viktig helsedeterminant så vel i aktivitetsvitenskaplig perspektiv, som i et folkehelseperspektiv basert på en holistisk tankegang at ulike dimensjoner i livet henger sammen og påvirker helsen vår (Naidoo & Wills 2009). Sosial helse handler om at vi har behov for støtte fra familie og venner, samt å være involvert i aktiviteter sammen med andre.

Virksomhetsteorien er en teori innenfor aktivitetsvitenskapen som ble utviklet av den russiske psykolog A.N. Leontjev. Den er tradisjonelt mer benyttet i forhold til skolebarn og læring gjennom å "gjøre" fremfor å lese eller motta informasjon (Knutagård 2003). Gjennom å "gjøre", oppnås en erfaring som gir mening og interesse på en mer gjennomgripende måte enn ved å få presentert stoff teoretisk. Hverdagene er fulle av hva vi "gjør", og det kan være svært betydningsfullt for livskvalitet og helse hvilke gjøremål dagene fylles med. Eldre får ofte en mer passiv hverdag over tid, og særlig med en mental diagnose som demens. De kan ha umøtte behov for blant annet sosial kontakt og interaksjon (Cohen-Mansfield 2013).

Behovet for sosial kontakt kombinert med aktiviteter som vekker interesse, kan bidra til økt fellesskap og utvikling av nye relasjoner og sosiale miljøer (Fortmeier 2005). Motivasjon og meningsopplevelse i aktiviteten har vist seg å kunne komme som en konsekvens av det å gjøre aktiviteten, uten at det på forhånd er uttrykt ønske eller forslag fra deltakeren. Fortmeier (2005) beskriver sitt kvalitative forskningsresultat med eldre på sykehjem i spennet mellom aktivitet, mening, interesse og behov. Ved å delta i et tilbud om aktivitet, kan man få en god opplevelse (mål), som kan generere eller bidra til å oppdage et behov. Motivasjonen kommer som følge av at behovet registreres og stimulerer til et ønske om gjentatt aktivitet. Over tid med gjentatt aktivitet kan sosiale miljøer og -tilhørighet utvikles (Fortmeier 2005).

Fortmeier bekreftet virksomhetsteorien ved at det i hennes studie også viste seg at deltakelse i aktivitet i seg selv kunne skape eller vekke et behov - og derved gi ny motivasjon for gjentatt aktivitet i neste runde (Knutagård 2003). Gjentatte aktiviteter som gir en positivt utbytte kan

derfor over tid se ut til å gi økt fellesskapsfølelse og påvirke utvikling av nye relasjoner og sosiale miljøer (Fortmeier 2005).

3.3 Dyreassisterte intervensjoner - innledning

Allerede i 1813 ble husdyr brukt på asyl som ledd i behandling av mennesker med psykiske lidelser (Tuke 1813). Barnepsykologen Boris Levinson fant at dyr kan virke som katalysator i en dialog mellom mennesker ved at man snakker til dyrene om følelser og tanker, og derigjennom også til andre (Levinson 1962). Dyr har en spesiell evne til å skape kontakt med mennesker, og selekterer ikke på verken bakgrunn, livshistorie eller hvor god hukommelse man har. De er til stede her og nå i øyeblikket, og dyr som eksempelvis hest eller hund kan tilby aktiviteter som gjør at personen både kommer i kontakt med dyr og samtidig kan gjøre meningsfulle aktiviteter, ute eller inne.

Allment er kan hende bruk av servicehunder mest kjent, hvor hunden eies av en bruker og er spesialtrenet for visse typer oppgaver. Bruksområdene er større. Det kan være besøksdyr eller dyr som bor fast på institusjoner, eller mer detaljerte og målrettede terapier som er utviklet for ulike grupper. I senere år er ulike typer intervensjoner med dyr blitt gjenstand for en god del forskning og kartlegging innen feltet helse og velvære (Friedman et al. 2010; Myren 2010). Det er fremlagt resultater som viser at kontakt med dyr kan ha både fysiske og sosiale betydninger for mange grupper av mennesker med ulike utfordringer, også eldre og eldre med demens (Bernabei et al. 2013; Filan & Llewellyn-Jones 2006; Nordgren & Engstrom 2014; Perkins et al. 2008). I denne masteroppgaven er det særlig betydningsfullt at dyr kan basert på teorier om sosial support, være pådrivere og katalysatorer først og fremst ved at de representerer noen å snakke med/til (Dalgard et al. 2006; Lehtinen et al. 2005). Det har vist seg at dyr kan være overføringsobjekter ved at deltakere snakker direkte til dyrene om sine følelser og tanker (Levinson 1962). Det er også blitt dokumentert at dyr kan stimulere til bedre matlyst blant Alzheimerpasienter (Edwards & Beck 2002).

Mange ulike dyr, som hest, katt, hund og akvariefisk er benyttet på institusjoner og til terapiformål (Edwards & Beck 2002). I denne oppgaven er det benyttet intervensjon med hund. Flere studier viser at aktivitet og kontakt med hund kan påvirke og redusere fysisk og emosjonelle stressindikatorer (Friedman et al. 2010; Handlin et al. 2011). I en kvalitativ studie fra Japan viser resultatene at deltakerne utviklet positive følelser overfor hunden, ensomhetsfølelse ble redusert, og deltakerne kommuniserte mer med hverandre, de ansatte og de frivillige som deltok (Kawamura et al. 2007). Deltakerne opplevde økt sosial kontakt og interaksjon i institusjonen og med sitt lokalmiljø utenfra. Dette bekreftes i andre studier (Bernstein et al. 2000).

3.3.1 Definisjon av dyreassistert intervensjon

Innenfor fagfeltet dyreassistert intervensjon skilles det gjerne mellom; Dyre Assistert Aktivitet - heretter kalt DAA, og Dyre Assistert Terapi - heretter kalt DAT (Antrozoologisenteret 2011; Friedman et al. 2010; Kruger & Serpell 2010). DAA karakteriseres ved at dyret kommer på besøk til en gruppe eller til enkeltpersoner. Hensikten med aktiviteten er å bidra til bedre livskvalitet gjennom læring/terapi, motivasjon og opplevelser. Det kan utføres enkle aktiviteter, men det er som regel ikke noen fast ramme for hva som gjøres i sesjonen. Aktivitetene kan bestå av å hilse på dyret, gi/få kos, gi godbiter m.m.. Aktivitetene loggføres ikke eller dokumenteres sjelden. DAT består av planlagte og mer skreddersydde aktiviteter som også kan individuelt tilpasses for en person eller grupper med en type diagnose eller spesiell utfordring. Denne type aktivitet blir en del av et definert behandlingsopplegg og kan bli mer avansert og detaljplanlagt enn DAA. Eksempler kan være å gå tur med en hund og å gjøre mer fysisk krevende øvelser eller aktiviteter utendørs eller innendørs. DAT krever som regel mer detaljplanlegging, og progresjon loggføres. Felles for begge aktivitetstyper er likevel at dyr og dyrets eier/fører er spesialtrente for oppgaven.

Utfordringene med å gjennomføre intervensjoner med dyr overfor mennesker er mange på tross av alle gode mulige effekter som er fremkommet empirisk (Wilson & Barker 2003). Å kunne kontrollere for at det ikke er andre forhold som påvirker, er kanskje den største. Deretter er det å skaffe nok deltakere i en kvantitativ studie, samt utforming av metoden og ulikheter i ekvipasjens størrelse, type hund etc.

3.3.2 Forskning på dyreassisterte intervensjoner med hund

Bruk av terapihunder på institusjon og for eldre med demens eller med psykiske problemer er i senere år undersøkt grundigere i flere studier og review artikler. Oppsummert viser observasjonsstudiene reduksjon i negative følelser, symptomer og uttrykk/atferd (Barker & Dawson 1998; Colombo et al. 2006; Kruger & Serpell 2010; Williams & Jenkins 2008).

Williams og Jenkins (2008) konkluderer med at dyrebesøk på institusjoner kan gi reduksjon i ansenhet, apati, agitasjon og aggresjon blant eldre med demens. Fysisk ble det også påvist reduksjon i blodtrykk. Reduksjon i blodtrykk og puls er generelt påvist i kontakt med dyr (Kruger & Serpell, 2010). Det er også funnet fysiske tegn på at det oppstår gode følelser i kontakt med hund, blant annet gjennom reduksjon i blodtrykk/hjertefrekvens, samt forhøyet oxytocin nivå i blodet (Handlin et al. 2011). Oxytocin er et neuropeptid som skilles ut fra

hjernen og som i større konsentrasjon i mennesket har vist seg å kunne bidra til både økning i sosial persepsjon, atferd, og det å bidra til skape sosiale, sterke bånd (Macdonald & Macdonald 2010). I tillegg viser studier at oxytocin kan virke beroligende og redusere angst. I forsøk har det vært forsøkt å gi mennesker doser med oxytocin samtidig med sosiale aktiviteter. Det viser seg å gi addiktiv effekt (Macdonald & Macdonald 2010).

Økt sosial interaksjon og reduksjon i agitasjon ved bruk av terapihunder på institusjon er sett i flere studier (Bernabei et al. 2013; Bernstein et al. 2000; Churchill et al. 1999). I studien til Bernstein et al. (2000) ble det observert 33 personer på sykehjem som fikk jevnlig DAT. De som fikk DAT viste større tendens til å både initiere og å engasjere seg i konversasjoner enn de som ikke fikk. Dersom de samtidig hadde fysisk kontakt med hunden, økte tendensen ytterligere. Studien konkluderer med at kontakt med dyr kan ha en undervurdert god effekt på sosial interaksjon. Tilsvarende fremkommer også i en kvalitativ studie fra Japan, der de også fant at jevnlig besøk med hund bidro til å skape et bedre sosialt miljø. De fant her i tillegg til at aktiviteten ble opplevd som et ”friskt pust” utenfra, at dyr er levende vesener som kommuniserer på ikke-verbalt nivå (Kawamura et al. 2009). Hunden stiller i seg selv få krav til deltakeres evne til å huske, snakke og bevege seg. For noen kan det derfor trolig være enklere å oppleve nærhet til dyr enn til mennesker fordi dyr ikke virker vurderende eller truende. Kawamura et al. (2009) beskriver hvordan det underveis i undersøkelsesperioden ble skapt betydningsfulle vennskapsbånd mellom hundene og beboerne og at aktiviteten bidro til bedre selvfølelse for den enkelte og økt kontakt mellom deltakerne.

Mange har hatt hund tidligere i livet, og det kan vekke gode minner og bringe til overflaten historier som kan deles og stimulere til økt sosial interaksjon (Kawamura et al. 2009). En annen interessant studie viser at effekt på reduksjon i ensomhetsfølelse har vist sterk korrelasjon til om deltakerne har vært eier av et dyr tidligere (Banks & Banks 2002).

I en ferskt intervensjonsstudie med bruk av terapihund for sykehjemspasienter med demens, ble det etter 10 ukers jevnlig aktivitet med hund funnet at symptombildet var uendret hos deltakerne (Majic et al. 2013). Depresjon og agitasjon økte imidlertid i kontrollgruppen under aktivitetsperioden. Forskerne antyder at aktivitet med hund kan forsinke en utvikling/forverring av symptomer på uro, agitasjon og depresjon for pasienter med demens.

3.4. Litt om prosjektet "Dyrebar Omsorg"

Denne masteroppgavens datamateriale og studiedesign er gitt og gjort mulig gjennom et større forskningsprosjekt kalt "Dyrebar Omsorg". Forskningsprosjektet fullstendige navn er: "Animal-Assisted and robot-assisted interventions in health promotion for elderly with dementia" og gjennomføres med ledelse og forskerstab fra NMBU, Institutt for Landskapsplanlegging, ILP. Prosjektet tok til i 2012 og hovedmålsettingen til prosjektet er å undersøke hvorvidt aktiviteter med terapi/besøkshund eller robotsel kan bidra til å redusere falltendens blant eldre med demens. Falltendens blant eldre med demens fører til store utgifter ved bruddskader med videre, og det vil være både samfunnsøkonomisk og ikke minst bra for den enkelte om man fant aktiviteter eller tiltak som forhindrer eller demper denne tendensen (Stenhagen et al. 2013; Tsuchida & Mano 2003).

Dyrebar Omsorg er finansiert gjennom Oslofjordfondet, RFF Hovedstaden, NMBU og samarbeidende partnere. Prosjektet gjennomføres hovedsakelig med forskerstab fra NMBU, men i prosjektet tilhører og bidrar også mennesker med ulik fagkompetanse fra andre miljøer. Disse kommer fra Høgskolen i Vestfold og Buskerud (HBV) samt Antrozoologisenteret, hjemmetjenesten i Vestfold og Nøtterøy Kommune.

Antrozoologisenteret holder til i Ås nær NMBU og arbeider med forhold mellom dyr og mennesker. Her er det ansatte med ekspertise på etiologi, rehabilitering, folkehelse, sykepleie m.m. som har lang erfaring med å gjennomføre dyreassisterte intervensjoner i ulike institusjoner. På Antrozoologisenteret tilbys også ulike kurs og opplæring for hunder og hundeførere som ønsker at deres hunder skal bli terapihunder (Antrozoologisenteret 2011).

Studien som gjennomføres er et større, cluster randomisert og kontrollert forsøk. Forsøkene gjennomføres på sykehjem og dagsenter i fylkene Østfold, Vestfold og Akershus. Sykehjemmene og dagsentrene som deltar samt kontrollgruppene, har blitt trukket ut tilfeldig fra alle 3 fylkene, og intervensjoner gjennomføres i 3 omganger; vår 2013, høst 2013 og vinter 2014. Hvorvidt institusjonene får DAA eller DAT er også randomisert, og det gjennomføres standardiserte intervensjoner 2 ganger pr uke i 12 uker på alle institusjonene. Deltakelse i prosjektet var frivillig for den enkelte (vedlegg 5), og deltakerne ble plukket ut av ansatte ved institusjonene på bakgrunn av egnethet og ut fra de rammer, inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble utarbeidet på forhånd fra prosjektet (vedlegg 4).

3.5 Formålet med masteroppgaven

Formålet med oppgaven er å undersøke mulige endringer i atferd som tyder på økte sosiale interaksjoner, aktiviteter og subjektivt velvære blant eldre med demens med regelmessig bruk av besøkshund/terapihund. Da demens er en sykdom med gradvis progredierende symptomer med økende innesluttethet og sågar aggressiv eller avvisende atferd, vil også ingen endring i atferd kunne tolkes som et positivt utfall (Majic et al. 2013).

Grad av subjektivt velvære antas å kunne observeres kvantitativt i intervensjonen som positiv atferd i form av smil og latter til hund og/eller andre deltakere, aktiv deltakelse i aktiviteter og konversasjon. Subjektivt velvære vil også kunne måles i reduksjon eller uendret mengde av negative uttrykk som vandring, repetitive motoriske bevegelser, søvn og blikk rettet vekk fra aktivitet og/eller deltakere.

Forskningsspørsmålet blir oppsummert:

Kan regelmessig dyreassistert aktivitet eller terapi (DAA/DAT) med hund føre til atferdsendringer hos eldre personer med demens som tyder på større grad av subjektivt velvære, økte sosiale interaksjoner og økt aktivitet?

Underproblemstillinger:

- 1) Skjer det endringer blant deltakerne i registrert atferd målt ved etogrammer eller loggskjemaer fra tidlig til sent i intervensjonsperioden?
- 2) Er det forskjeller i atferdsendring hos menn og kvinner?
- 3) Er det forskjeller i atferdsendring hos pasienter med ulik grad av demens?
- 4) Er det forskjeller i atferdsendring hos deltakere som har fått DAA og DAT?

4. Metode og design

Metoden som ble benyttet er kvantitativ og undersøkelsen bygger på videoopptak av sesjoner tidlig og sent i intervensjonsperioden samt hundeførers loggskjema som ble fylt ut etter hver sesjon. Intervensjonsgruppene ble filmet under aktivitet i startfasen og på slutten av aktivitetsperioden. Datamaterialet fra videoopptakene er registrert i et eget etogram som ble utarbeidet for å kvantitativt kunne registrere ulike typer atferd. Datamaterialet ble fremskaffet og hentet ved hjelp av prosjektet Dyrebar Omsorg. Det ble gjennomført 2 ulike og standardiserte intervensjoner (DAA og DAT) med bruk av trente terapi- og besøkshunder fra Antrozoologisenteret i Ås.

4.1 Deltakere og randomisering

I innledende fase ble det sendt ut invitasjon med beskrivelse av prosjektet til alle institusjoner i fylkene Østfold, Vestfold og Akershus. De som responderte positivt på denne henvendelsen, ble deretter satt opp i en oversikt, og det ble utarbeidet en kodebok for alle typer intervensjoner som prosjektet omfattet. Deltakende institusjoner og type intervensjoner ble randomisert til DAA, DAT eller kontrollgruppe ved Uni Helse i Bergen. Institusjonene som omfattes av denne masteroppgaven kommer fra 9 dagsenter:

Bjørkås Dagsenter i Oppegård (DAT)

Eik Dagsenter i Tønsberg (DAA)

Lunden Dagsenter i Sandefjord (DAA)

Pålsetunet Dagsenter i Fet (DAA)

Sandetun Dagsenter i Sande (DAT)

Skogbrynet Dagsenter i Moss (DAA)

Solgården Dagsenter i Asker (DAT)

Sørvald Dagsenter, Sørum (DAT)

Vallerhjemmet Dagsenter, Bærum (DAT)

I 2013 ble det gjennomført 2 aktivitetsperioder. Den første perioden ble gjennomført i april til juni, den andre fra september til november. Kontrollgruppene ble ikke filmet og et videoopptak fra Myraveien i Moss ble dessverre ødelagt og måtte utgå fra registreringen.

I forkant av igangsettingen av intervensjonen, ble de ansatte informert om hvordan utvelgelse og invitasjon til deltakere skulle foregå ved hjelp av en skriftlig veiledning fra ”Dyrebar Omsorg” (vedlegg 4). De viktigste kriteriene var at deltakerne selv ga uttrykk for interesse for å delta samt at inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble overholdt. Deltakerne ble derfor valgt ut av de ansatte ved institusjonen sammen med pasientene/pårørende på bakgrunn av deres egnethet for et slikt forsøk, kombinert med skriftlig, informert samtykke. Pårørende ble kontaktet sammen med pasienten der pasienten ikke ble ansett å ha samtykkekompetanse alene. Det ble grundig poengtert at deltakeren når som helst i forløpet hadde anledning til å trekke seg, uansett grunn.

Inklusjonskriterier:

- Over 65 år
- Diagnose med demens eller MMSE skår under 25

Eksklusjonskriterier:

- Frykt for hund eller hundeallergi
- Behov for rullestol

Det er på basis av innhentet informasjon, registrert atferd gjennom loggskjemaer, etogram og videofilming for totalt 33 pasienter på dagsentrene. Deltakerne var alle til stede ved både 1. og 2. filmopptak (2. og 10. uke i intervensjonsperioden). Av prosjektets totale deltakerantall på 49 personer fra dagsentrene, ble 14 personer fratrukket fordi de ikke var tilstede enten ved første eller andre filmopptak. To personer er i tillegg tatt ut fra utvalget. Den ene personen ble i 2. filmopptak filmet bakfra slik at antall/varighet av smil og retning av blick vanskelig kan telles og måles, og ville kunne gitt målefeil. Den andre personen viste seg å være redd for hund, noe som i utgangspunktet var et eksklusjonskriterium, men som ikke var oppdaget i tide.

4.2 Intervensjonene DAA og DAT

Intervensjonene ble gjennomført med 3-8 deltakere i hver gruppe, og aktivitetene ble gjennomført for alle grupper 2 ganger pr. uke i 12 uker (24 sesjoner). Varigheten av aktivitetene var ca. 30-40 minutter pr. gang.

Hunder og hundeførere ble trent til aktivitetene ved Antrozooologisenteret i Ås (Antrozooologisenteret 2011). Første aktivitetsperiode ble gjennomført i perioden april – juni 2013, den andre i perioden august – oktober 2013.

Gruppene og deltakerne som inngikk i forsøket ble eksponert for 2 standardiserte programmer, enten dyreassistert terapi (DAT) eller dyreassistert aktivitet (DAA).

I DAA programmet var hovedmålsettingen at hunden skulle være en miljøskaper (vedlegg 1). Deltakerne satt i en halvsirkel under sesjonene. Tilnærming til pasienter og interaksjon mellom hund og deltaker ble foretatt varsomt og i takt med pasientenes dagsform og egne interesser. I tiden på ca. 30 minutter inngikk både presentasjon av hund og hundefører samt hilserunde i starten av sesjonen, samt en egen avslutningssekvens som en del av terapien med evaluering av dagen og personlig hygiene med vask av hender og bruk av klesrulle etter kontakt med hunden. Det var en forsiktig tilnærming til pasienten med hunden og stor grad av tilpassing til pasientens dagsform. Det var ønskelig å få pasienten til å føle mestring ved å tørre å gi godbiter til hunden, og at de fikk oppleve både å gi og få omsorg ved fysisk kontakt med hunden i sesjonen. Deltakelsen var bygget på frivillighet og respekt for pasientenes ønsker om aktiv deltakelse, og eventuelle ønsker fra deltakere om å avbryte før tiden ble etterkommet.

I vedlegg 2 er DAT programmet beskrevet inngående. Tilsvarende som i DAA programmet ble pasienten respektert for ønsker om ikke å delta eller forlate lokalet før tiden om ønskelig. Disse sesjonene ble av og til gjennomført utendørs ut fra hundeførers opplegg, vær-situasjon osv. Det ble utført praktiske øvelser utfra ønsket effekt, som eksempelvis kognisjon/mestring (kommandering, gå tur, børste, koble av/på båndet, gi vann), styrke/koordinasjon (pasienten løftet et eller to ben sittende mens hunden gikk under, hunden kunne gå slalåm mellom bena på stående pasient, pasient stod og holdt rokkering mens hund hoppet gjennom). Kognitiv trening med ulike aktiviseringsleker ble også noen ganger gjennomført. Kontakt- og omsorgsøvelser var tilsvarende som i DAA med å gi godbiter og det å få og gi omsorg med å klappe/ha fysisk kontakt med hunden, som ble utført for å oppnå fysiologiske effekter i form av ro, omsorg og mestringsfølelse.

4.2.1 Videofilming

Videofilmingen ble utført av masterstudenter og stipendiater ved NMBU. Videomaterialet omfatter totalt 18 sesjoner for 9 grupper på dagsenter.

I forkant av hver sesjon med filming ble institusjon og hundefører kontaktet og informert. Videokameraet ble montert på stativ før hund og aktivitet startet, og det ble stilt opp slik at kameraøyet fanget alle deltakere samtidig. Det ble kort informert om video opptaket i oppstart av sesjonen, og den som filmet prøvde å gjøre sin tilstedeværelse så diskret som mulig. Hundefører ble instruert på forhånd til å prøve å unngå å stå i veien for kamera. Så lenge hund og hundefører holdt på med aktivitet ble det filmet, og tatt opp lyd. Deltakernes kjennetegn (kjønn, farge på klær, briller etc.) ble notert sammen med deltakernummer.

4.3 Registrering av data, instrumenter

Tallgrunnlaget i masteroppgaven er hentet fra atferdskartlegging i etogrammer fra videoopptak tidlig og sent i intervensjonsperioden, samt gjennomsnittsberegning av loggskjemaer tidlig og sent i samme periode. Alle data som benyttes i oppgaven kommer fra intervensjonsperiodene som ble gjennomført vår og høst 2013.

4.3.1 Registrering av atferd i etogram

Etogram ble benyttet som hovedinstrument for å kartlegge atferd gjennom bruk av videoopptak av pre- og postsesjonene (Martin & Bateson, 1993). Dataprogram som ble benyttet til registrering av atferd, var Solomon Coder versjon 14.01.14 (Péter 2014).

Utkastet til etogrammet ble utarbeidet av deltakere i ”Dyrebar Omsorg” før første intervensjonsperiode tok til. Da videoopptakene forelå, ble disse sett gjennom og registrering av atferd prøvd ut på enkelte deltakere. Det førte til en at en del endringer ble gjort i etogrammet, og noen nye variable kom til. Blant annet var det viktig å registrere dersom deltakerne ikke var innenfor kameraøyet og atferd ikke kunne registreres. Siden totaltiden pr. gruppe i opptakene varierte noe i tid for de enkelte sesjonene, var det viktig å kunne omregne til effektiv totaltid hvor eventuelt tid som deltakeren var borte fra kamera ble fratrukket dennes totale registrerte tid for vedkommende. Det ble også oppdaget og erfart at antallet variable å registrere samtidig var meget høyt, og noen variable var vanskelige å skille fra hverandre uten fortolkning. Noen av variable ble av den grunn slått sammen. Det endelige etogrammet slik det ble benyttet ved registrering, er gjengitt i vedlegg 3.

Majoriteten av variablene ble registrert i både varighet (sekunder) og frekvens (antall ganger). Noen variable var ikke hensiktsmessige å måle i varighet, som eksempelvis sukking, kjefting, gjesping og det å forlate rommet. Disse ble kun målt i frekvens.

Følgende atferd ble registrert med varighet og frekvens:

- * **Se på/observere**, henholdsvis hund/aktivitet eller andre deltakere, eller på ”andre ting”
- * **Smil og latter**, henholdsvis til hund/aktivitet eller til andre deltakere, eller til ”annet”/undefinert
- * **Konversasjon/samtale**, henholdsvis til/om hund eller til andre deltakere

Innen disse variablene ble det differensiert om samtalen dreide seg om fortid/minner, nåtid eller ”annet”.

- * **Fysisk kontakt** med mennesker eller hund
- * **Aktive øvelser** (Gi godbit, kaste ball, børste, gå tur, gjøre fysiske øvelser med eller uten hund.)
- * **Synge, nynne, plystre, danse, klappe**
- * **Vandring** (umotivert)
- * **Søvn eller å ”duppe av”**
- * **Repetitiv motorisk bevegelse** (tromming av fingre, plukking på klær etc)
- * **Utenfor kamera** (dersom ikke mulig å registrere atferd pga. midlertidig hindring som for eksempel andre foran kamera)

Variable som kun ble registrert med frekvens:

- * **Gjesping eller sukking**
- * **Kjefting, roping eller gråt**
- * **Forlate rommet**
- * **Ingen respons** (på henvendelse/forsøk på kontakt)

4.3.1.1 Registreringsarbeidet og interraterreliabilitet (IRR)

Alt registreringsarbeidet av atferd i etogram ble foretatt av 2 masterstudenter ved NMBU, og målefeil og informasjonsskjevheter ved menneskelig svikt og tolkning vil kunne påvirke reliabiliteten. Filmopptakene og registreringsrekkefølgen for begge studentene ble derfor trukket tilfeldig og fordelt mellom disse. Hver film ble gjennomgått med registrering pr. deltaker. Eksempelvis ble en film med 5 deltakere i sesjonen gjennomgått 5 ganger med fokus på hver enkelte deltaker.

Det ble satt høye krav til testing av evne til å registrere atferd på lik måte. I forkant av analysearbeidet ble det foretatt samkjøring ved å sitte sammen og registrere den samme filmen og en utvalgt person.

Underveis i registreringsarbeidet ble det foretatt en blindet IRR-måling. Det ble på forhånd satt krav til IRR på 80 %. I praksis ble denne målt til et gjennomsnitt på 78 %, samlet for både varighet og frekvens. Den laveste og eneste IRR som ikke holdt mål, var frekvensvariabelen av smil og latter (66 % IRR). Disse variablene er derfor ikke diskutert i masteroppgaven. Dersom denne målingen utelates fra gjennomsnittet, øker gjennomsnittet for IRR for de andre variablene til et gjennomsnitt på 83 %.

4.3.2 Loggskjemaer

Hver deltaker fikk tildelt sin egen perm merket deltakernummer, som ble benyttet under intervensjonsperioden til å samle informasjon underveis om den enkelte. Umiddelbart etter hver gjennomført sesjon, fylte hundefører ut et loggskjema (spørreskjema) som omhandlet mange spørsmål både med hensyn til hundens atferd og interaksjon med deltakeren, samt deltakerens kommunikasjon og aktivitetsnivå i forhold til andre deltakere. Noen ganger ble skjemaet fylt ut av hundefører og personale fra institusjon i fellesskap.

Fra dette loggskjemaet vil det i denne masteroppgaven benyttes 4 av spørsmålene som dreier seg om vurderingen av deltakernes atferd i sesjonen i forhold til: aktiv deltakelse, stemningsleie, konsentrasjon/uro og kommunikasjon med andre deltakere og/eller terapeuten.

Det ble benyttet litt ulike svaralternativer i skjemaet for vår- og høstsemesteret, da det ble foretatt en utvidelse i spørsmålene i høstsemesteret på bakgrunn av erfaringen fra vårsemesteret. Noen av svaralternativene brukt i høstsemesteret ble derfor slått sammen til de som var benyttet i vårsemesteret for å få sammenlignbare verdier (tabell 1). På grunn av manglende alternativ for svar i vårsemesteret, ble 2 deltakere i spørsmål om konsentrasjon strøket i analysen for dette spørsmålet.

Det ble registrert informasjon fra loggskjema for de 3 første sesjoner og de 3 siste pr. deltaker. Dersom deltaker hadde frafall på en eller flere sesjoner, ble nærmeste gjennomførte sesjon benyttet.

Tabell 1. Loggskjemaspørsmål fra vår- og høstsemesteret

Spørsmålene med svaralternativer fra loggskjemaene i høstsemester ble kollapset (gjengitt i kursiv) med vårsemesteret for å skape sammenlignbare resultater. I spørsmålet om konsentrasjon/uro ble ett av svaralternativene behandlet som manglende dersom utfylt (gjengitt i svak skrift).

Verdi	VÅRSEMESTER	HØSTSEMESTER
4	Aktivitet/deltakelse Pasienten var veldig aktiv	<i>Pasienten var veldig aktiv</i>
3	Pasienten var noe aktiv	<i>Pasienten var ganske aktiv</i>
2	Pasienten var lite aktiv	Pasienten var noe aktiv
1	Pasienten var ikke aktiv/passiv	Pasienten var lite aktiv
		Pasienten var ikke aktiv/passiv
	Stemningsleie	
6	Pasienten viste mye smil og latter	<i>Pasienten viste mye smil og latter</i>
5	Pasienten viste noe smil og latter	<i>Pasienten viste en del smil og latter</i>
4	Pasienten viste ingen spesielle følelser	Pasienten viste noe smil og latter
3	Pasienten virket lei seg/trist	Pasienten viste ingen spesielle følelser
2	Pasienten virket sint/sur	Pasienten virket lei seg/trist
1	Pasienten gråt	Pasienten virket sint/sur
		Pasienten gråt
	Konsentrasjon/uro	
3	Pasienten var rolig og viste god konsentrasjon	<i>Pasienten var rolig og viste god konsentrasjon</i>
		<i>Pasienten var rolig og viste litt konsentrasjon</i>
		Pasienten var rolig men viste ingen konsentrasjon
2	Pasienten var noe urolig men viste noe konsentrasjon	Pasienten var noe urolig og viste noe konsentrasjon
1	Pasienten var veldig urolig og viste lite konsentrasjon	Pasienten var veldig urolig og viste lite konsentrasjon
	Kommunikasjon	
4	Pasienten kommuniserte mye med de andre i gruppen/terapeuten	<i>Pasienten kommuniserte mye med de andre i gruppen/terapeuten</i>
3	Pasienten kommuniserte noe med de andre i gruppen/terapeuten	<i>Pasienten kommuniserte en del med de andre i gruppen/terapeuten</i>
2	Pasienten kommuniserte lite med de andre i gruppen/terapeuten	Pasienten kommuniserte noe med de andre i gruppen/terapeuten
1	Pasienten kommuniserte ikke med de andre i gruppen/terapeuten	Pasienten kommuniserte lite med de andre i gruppen/terapeuten
		Pasienten kommuniserte ikke med de andre i gruppen/terapeuten

4.3.3 Andre variable

Klinisk demensvurdering (KDV) angir grad av demens og ble utfylt ved institusjonen ved oppstart av intervensjonsperioden (Hughes et al. 1982; Perneczky et al. 2006). Skjemaet er inndelt i 6 hovedsymptomer på demens; hukommelse/glemsomhet, orienteringsevne, vurderingsevne, samfunns-aktiviteter, hjem og fritidsinteresser samt egenomsorg. Innenfor hver variabel finnes en forklart tilstand som representerer en skår; 0 (ingen demens), 0,5 (usikker eller lett svikt), 1 (lett demens), 2 (moderat demens), 3 (alvorlig demens). Ved fastsettelse av grad av demens blir første kategori (hukommelse) vurdert som primærkategori. De andre variablene anses som sekundære, men dersom verdien for flere en 3 av de sekundære er lavere eller høyere enn primærkategorien, blir KDV = flertallet av disse (vedlegg 6). Gruppene ble først sammenlignet for hver grad av demens med en paret T-test. Det var for få deltakere til at alle gradene av demens fikk større utvalg enn 5, og gruppene ble derfor i analysen videre inndelt i henholdsvis $KDV < 2$ og $KDV \geq 2$.

Det ble for hver deltaker i tillegg registrert kjønn, alder, årstid, aktivitetstype, gruppestørrelse, om de har hatt dyr tidligere og antall sesjoner de deltok i. Vurdering i forhold til MMSE ble ikke fylt ut for alle, og er derfor utelatt i denne undersøkelsen.

4.4. Analyse

Alle innsamlede variable og rådata ble først hentet inn fra Solomon Coder, sammenstilt i et regneark og deretter importer til SPSS. Alle statistiske analyser ble foretatt gjennom bruk av analyse program SPSS versjon 21 (Pallant 2010). Signifikansnivå ble satt til 0.05.

Deskriptiv statistikk ble utført generelt for alle deltakere og fordelt på DAA/DAT.

Variable fra registrert atferd fra etogram ble omberegnet i SPSS for å få sammenlignbare data. Varigheten av den enkelte variabel er registrert i sekunder i etogrammet og omregnet i analysen til andel av justert totaltid som er observert i filmopptaket. Dersom deltaker er vendt bort fra kamera eller andre deltakere er i veien i mindre perioder, er denne tiden fratrukket totaltiden før omregning i analysen. Tilsvarende er frekvens/antall ganger av forekomst i etogrammet omregnet i analysen til antall pr. minutt. Dersom variable ikke inneholdt data fra noen av deltakerne, ble de strøket i analysen. Det ble funnet 1 ekstremverdi ("uteliggere"), som er ekskludert i analysen.

Det ble utført parede T-tester på de ulike atferdene for totalmateriale, samt stratifisert på kjønn, KDV <2 og >=2, og DAA/DAT.

Parede T-tester ble utført tilsvarende på gjennomsnitt fra 3 loggskjemaer tidlig i intervensjonsperioden og 3 sent i intervensjonsperioden for å kunne sammenligne med resultater av registrert atferd fra etogrammet.

Interraterreliabilitet (IRR) ble analysert ved bruk av reliabilitetstest "Scale" og "Intraclass Correlation Coefficient".

4.5 Etikk

Helsinkideklarasjonen setter prinsipper for medisinsk forskning på mennesker (Førde 2010). Under forsøk vil vanligvis de som skal delta gi sitt samtykke ved å skrive under på informasjon om hva forsøket går ut på og at de deltar frivillig. Når personer ikke har forståelse eller kompetanse til å vurdere forsøket og hva det innebærer, stilles særs høye krav til om det er etisk forsvarlig å gjennomføre et forsøk med disse. Det kan derfor stilles spørsmål til om det har vært etisk forsvarlig å benytte personer som ikke har samtykkekompetanse i dette forsøket, særlig siden forsøket også omfatter videoopptak av aktiviteten. Det er imidlertid viktig å få svar på om aktiviteter kan være helsefremmende for denne gruppen, da demens er en sykdom som rammer stadige flere (Langballe & Hånes 2013). Aktivitetene som er undersøkt er i utgangspunktet antatt å gi en positiv opplevelse for deltakerne. Intervensjonene inneholdt ikke bruk av invasive metoder eller aktivitet som kunne oppfattes som støtende, negativt eller manipulerende på personene, bortsett fra 2 sesjoner med videoopptak, som kunne tenkes å oppleves invaderende på noen. Alle pasienter ble informert om prosjektet og hva intervensjonen gikk ut på sammen med sine pårørende. Det ble gitt informert samtykke, og samtykkeerklæringer ble undertegnet ved institusjonen før oppstart.

Det ble vektlagt at all deltakelse skulle være frivillig gjennom hele intervensjonsperioden og i hver eneste sesjon. Det ble forsøkt å gjøre videoopptakene på en diskret måte. Strenge krav er satt til beskyttelse av identitet i prosjektet, og deltakerne ble fulgt opp anonymt med et deltakernummer som identifikasjon. For hver deltaker ble det opprettet en perm merket med deres unike deltakernummer, og ikke navn, for å ivareta anonymitet. I denne ble all informasjon om deltakeren samlet, så som deskriptive data, innledende spørreskjema, testresultater, loggskjemaer med videre. Deltakerpermene ble samlet inn av medarbeidere fra ”Dyrebar Omsorg” etter avslutning av intervensjonsperioden.

Søknad til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), ble godkjent september 2012 (vedlegg 7).

Helsinkideklarasjonens prinsipper kan derfor sies å være fulgt i undersøkelsen.

5. Resultater

5.1 Utvalg og deskriptiv statistikk

Av de 33 personene som utvalget omfatter, har 13 personer (39 % totalt og 23 % av mennene) hatt intervensjon med Dyreassistert Aktivitet (DAA), mens 20 personer (61 % totalt og 30 % av mennene) fikk intervensjoner med Dyreassistert Terapi (DAT) (tabell 2). Det betyr at 3 av 5 deltakere har fått DAT og at det var overvekt av kvinner i begge intervensjonstypene. Når det gjelder gruppen som har KDV mindre enn 2, er 80 % kvinner, mens 67 % er kvinner i gruppen med mer alvorlig demens (≥ 2).

Tabell 2. Deskriptiv statistikk for alle deltakere, gruppene som fikk dyreassistert aktivitet (DAA) og dyreassistert terapi (DAT), og gruppene med lav og høy Klinisk Demens Vurdering (KDV). Prosent eller gjennomsnitt (standard avvik (SD)) er oppgitt.

Alle deltakere					
	Alle N=33	DAA N=13	DAT N=20	KDV < 2 N=15	KDV ≥ 2 N = 18
Menn %	27	23	30	20	33
Kvinner %	73	77	70	80	67
Vårsesong %	27	31	25	40	17
Høstsesong %	73	69	75	60	83
Har hatt dyr tidligere %	52	38	60	67	39
Har ikke hatt dyr %	15	0	25	7	22
Ukjent om har hatt dyr %	33	62	15	26	39
Antall sesjoner Gjennomsnitt (SD)	21 (2,86)	21 (2,69)	21 (3,03)	22 (1,92)	21 (3,49)
Alder i år Gjennomsnitt (SD)	84 (6,58)	86 (6,79)	83 (6,47)	85 (6,69)	83 (6,48)

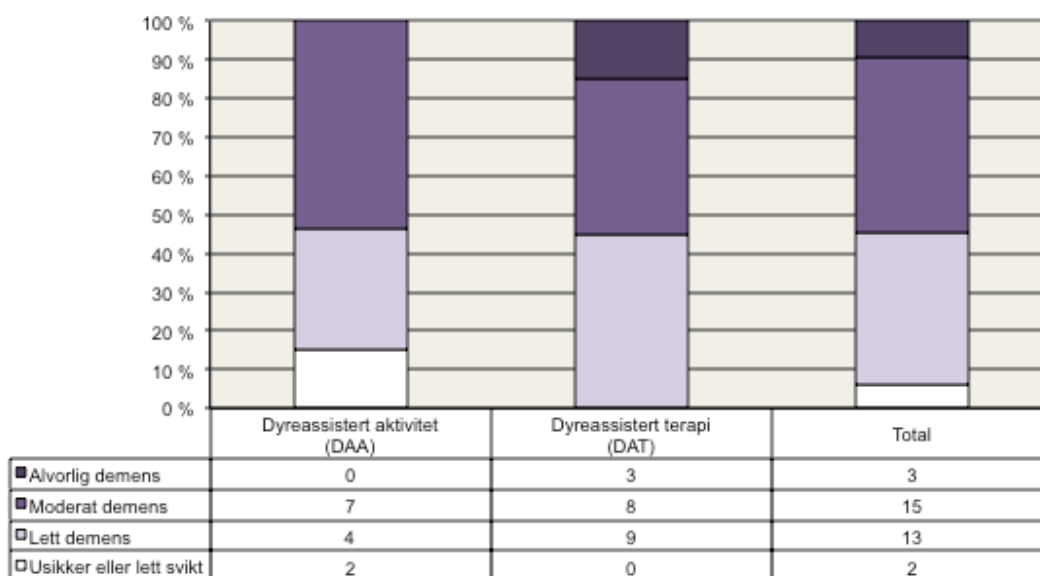
I vårsesongen deltok 9 pasienter (31 % av deltakerne i DAA og 25 % av deltakerne i DAT), mens 24 pasienter deltok i høstsesongen (fordelt på 69 % av DAA deltakerne og 75 % av DAT deltakerne). I gruppen med lavest KDV (<2) var det langt større andel deltakere i vårsemesteret (40 %) enn i høstsemesteret (17 %).

Over halvparten (52 %) av alle deltakerne har erfaring med å ha hatt egne dyr av lengre eller kortere varighet tidligere i livet, mens 15 % ikke har hatt dette. For de resterende 33 % er det

ikke oppgitt informasjon om tidligere dyrehold. I gruppen som fikk DAA, har færre hatt egne dyr (38 %) enn i DAT gruppen (60 %).

Gjennomsnittet for antall gjennomførte sesjoner er nokså likt i alle gruppene med 21 sesjoner. Alder i antall år har et gjennomsnitt på 84 år for alle deltakere. 5 deltakere har ikke oppgitt alder.

Medianen for deltakernes KDV var 2. I figur 2 går det frem hvordan KDV fordeler seg på type intervensjon. Det er kun i gruppen for DAA vi finner de med lett eller usikker demens (0,5), og kun i DAT gruppen finner vi de med alvorlig demens (3).



Figur 2. Antall deltakere (i tabellen) og prosentvis fordeling (i figuren) på grad av demens (Klinisk Demens Vurdering (KDV)), fordelt på type intervensjon.

5.3 Registrert atferd fra etogram

5.3.1 Alle deltakere sammenslått

Varighet av aktive øvelser økte signifikant ($p=0,004$), mens frekvensen gikk ned ($p=0,026$) (tabell 3, neste side). Frekvensen på å snakke med hund til stede om nåtidstemaer økte signifikant ($p=0,011$) og varighet økte også, om enn ikke signifikant. Variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse” viste signifikant økning med $p=0,004$ i frekvens. Frekvens på fysisk kontakt med mennesker økte også signifikant med $p=0,022$.

Når det gjelder utvikling av negativ atferd, var det ingen signifikant økning i noen variable (tabell 3). Variable som ikke hadde noe registrert atferd verken tidlig eller sent i intervensjonsperioden ble strøket. Dette gjaldt: ”Kjefting, roping eller gråt”, ”Forlate rommet”, ”Ingen respons”.

5.3.2 Menn og kvinner

Selv om de fleste endringene for begge gruppene er i tråd med hovedresultatet for alle deltakere, ble det avdekket noen forskjeller når det gjelder kjønn.

Mennene ($n=9$) hadde signifikant økning i både varighet ($p=0,035$) og frekvens ($p=0,021$) av fysisk berøring med mennesker, mens fysisk kontakt med hund gikk noe tilbake ($p=0,055$ i varighet) Frekvensen i aktive øvelser gikk signifikant tilbake ($p=0,022$). Mennene hadde derimot økning i både varighet ($p=0,055$) og i frekvens ($p=0,025$) i kategorien ”Synge, plystre, nynne, danse”.

Blant kvinnene ($n=24$) økte også varigheten ($p=0,023$) og frekvensen ($p=0,048$) av variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse”. Kvinnene hadde signifikant økning i varighet av aktive øvelser ($p=0,013$), men ikke i frekvens. Varighet ($p=0,029$) og frekvens ($p=0,044$) av konversasjon om eller til hunden uten nærhet til hund, gikk signifikant tilbake med hensyn til fortid og minner, mens henvendelser og konversasjon om/til hund uten nærhet til hund, økte i varighet ($p=0,002$), men ikke i frekvens. Frekvensen av å snakke om nåtidstemaer med hunden nær økte signifikant for kvinnene ($p=0,047$).

Tabell 3. Analyse fra paret T-test av variable for alle deltakere fra etogram i varighet og frekvens av atferd som andel av tid i % og frekvenser pr. minutt. Pilene angir retning på utvikling. Toveis signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

	Varighet N = 33				Frekvens N = 33			
	Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. uke (SD)	Sign. toveis		Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. Uke (SD)	Sign. toveis	
Konversasjon om fortid, uten hund	1,29 (2,60)	0,94 (2,81)	0,449		0,05 (0,10)	0,03 (0,07)	0,167	
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, uten hund	3,95 (5,00)	3,11 (3,88)	0,263		0,33 (0,28)	0,35 (0,38)	0,756	
Konversasjon om eller til hund, uten hund	6,08 (6,92)	3,94 (7,26)	0,000	↓	0,37 (0,30)	0,40 (0,32)	0,557	
Konversasjon om fortid, med hund til stede	0,51 (1,10)	0,26 (0,89)	0,279		0,02 (0,02)	0,01 (0,02)	0,067	
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, med hund til stede	0,51 (1,10)	0,97 (1,09)	0,118		0,05 (0,09)	0,11 (0,11)	0,011	↑
Konversasjon om eller til hund, med hund til stede	5,38 (4,75)	4,66 (4,33)	0,279		0,37 (0,30)	0,40 (0,32)	0,557	
Hode og/eller blikk rettet mot hunden eller aktiviteten	72,06 (15,51)	74,29 (11,35)	0,396		2,14 (0,89)	2,14 (0,80)	0,968	
Hode og/eller blikk rettet mot andre deltakere eller hundefører/terapeut	18,91 (15,05)	14,85 (9,84)	0,102		1,70 (1,05)	1,57 (0,94)	0,318	
Hode og/eller blikk rettet mot andre ting	7,11 (8,02)	7,00 (4,74)	0,945		0,91 (0,63)	0,88 (0,59)	0,859	
Fysisk berøring/kontakt med mennesker	4,62 (15,28)	6,77 (13,25)	0,476		0,05 (0,07)	0,09 (0,10)	0,022	↑
Fysisk berøring eller kontakt med hund	7,50 (6,01)	5,84 (5,71)	0,072		0,26 (0,23)	0,22 (0,18)	0,288	
Aktive øvelser (kaste ball, gi godbit, gjøre fysiske øvelser som del av sesjon)	10,64 (7,52)	16,28 (14,76)	0,004	↑	0,21 (0,15)	0,16 (0,13)	0,026	↓
Smil og/eller latter rettet mot mennesker	2,97 (3,00)	2,95 (3,09)	0,978		0,40 (0,42)	0,35 (0,34)	0,398	
Smil og /eller latter rettet mot hunden eller aktiviteten som pågår	18,52 (15,98)	17,80 (13,90)	0,793		1,28 (0,74)	1,21 (0,71)	0,633	
Smil og/eller latter rettet mot andre ting	0,02 (0,11)	0,16 (0,55)	0,162		0,00 (0,01)	0,02 (0,07)	0,101	
Synging, plystring, nynning, dansing, klapping *	0,13 (0,19)	2,86 (4,62)	0,002	↑	0,04 (0,09)	0,09 (0,10)	0,004	↑
Repetitiv motorisk bevegelse	0,99 (2,98)	0,90 (2,35)	0,695		0,06 (0,13)	0,07 (0,24)	0,597	
Vandring i rommet utenom aktive øvelser	0,01 (0,04)	0,02 (0,09)	0,621		0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	0,675	
Søvn, duppe av, sitte stille med øynene lukket	0,31 (1,10)	1,30 (4,34)	0,195		0,01 (0,02)	0,03 (0,12)	0,240	
Gjesping og sukking (kun frekvenser)	-	-	-		0,09 (0,14)	0,06 (0,12)	0,288	

* N = 32, ekstremverdi fratrukket

Tabell 4. Analyse fra paret T-test av varighet av variable for alle deltakere, fordelt på de som fikk Dyreassistert aktivitet (DAA) og de som fikk dyreassistert terapi (DAT). Varighet av atferd er oppgitt som andel av tid i. Pilene angir retning på utvikling. Toveis signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

	Varighet DAA N = 13				Varighet DAT N = 20			
	Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. uke (SD)	Signifikans 2-veis		Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. Uke (SD)	Signifikans 2-veis	
Konversasjon om fortid, uten hund	2,78 (-3,66)	2,36 (4,18)	0,721		0,32 (0,63)	0,02 (0,07)	0,050	↓
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, uten hund	6,04 (7,26)	4,55 (4,97)	0,332		2,59 (1,97)	2,17 (2,73)	0,595	
Konversasjon om eller til hund, uten hund	10,09 (9,07)	8,48 (10,00)	0,053	↓	3,47 (3,25)	0,98 (1,48)	0,001	↓
Konversasjon om fortid, med hund til stede	0,69 (1,12)	0,57 (1,39)	0,793		0,40 (1,10)	0,05 (0,13)	0,187	
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, med hund til stede	0,69 (1,12)	0,71 (0,80)	0,963		0,40 (1,10)	1,13 (1,23)	0,058	
Konversasjon om eller til hund, med hund til stede	7,16 (4,64)	7,59 (4,55)	0,695		4,22 (4,57)	2,76 (2,97)	0,078	
Hode og/eller blikk rettet mot hunden eller aktiviteten	77,41 (13,59)	72,58 (11,95)	0,044	↓	68,59 (16,01)	75,40 (11,10)	0,083	
Hode og/eller blikk rettet mot andre deltakere eller hundefører/terapeut	16,62 (13,26)	18,40 (11,37)	0,450		20,40 (16,26)	12,54 (8,20)	0,036	↓
Hode og/eller blikk rettet mot andre ting	4,86 (2,92)	6,44 (5,44)	0,271		8,57 (9,86)	7,36 (4,33)	0,623	
Fysisk berøring/kontakt med mennesker	6,25 (22,15)	0,10 (0,26)	0,338		3,57 (8,96)	11,11 (15,67)	0,004	↑
Fysisk berøring eller kontakt med hund	10,35 (6,39)	9,63 (6,60)	0,699		5,65 (5,09)	3,38 (3,33)	0,022	↓
Aktive øvelser (kaste ball, gi godbit, gjøre fysiske øvelser som del av sesjon)	4,36 (3,58)	4,00 (4,23)	0,738		14,73 (6,52)	24,27 (13,62)	0,001	↑
Smil og/eller latter rettet mot mennesker	3,11 (2,64)	4,22 (3,04)	0,146		2,88 (3,28)	2,13 (2,90)	0,351	
Smil og /eller latter rettet mot hunden eller aktiviteten som pågår	27,79 (17,29)	26,65 (15,63)	0,756		12,50 (12,00)	12,06 (9,11)	0,911	
Smil og/eller latter rettet mot andre ting	0,05 (0,18)	0,02 (0,05)	0,526		0,00 (0,01)	0,26 (0,70)	0,117	
Synging, plystring, nynning, dansing, klapping *	0,16 (0,26)	0,20 (0,42)	0,717		0,11 (0,12)	4,67 (5,31)	0,010	↑
Repetitiv motorisk bevegelse	0,97 (2,01)	1,44 (2,35)	0,249		1,00 (3,52)	0,54 (2,34)	0,110	
Vandring i rommet utenom aktive øvelser	0,02 (0,06)	0,00 (0,00)	0,337		0,00 (0,00)	0,03 (0,12)	0,330	
Søvn, duppe av, sitte stille med øynene lukket	0,33 (1,21)	2,10 (5,46)	0,237		0,30 (1,05)	0,78 (3,49)	0,567	

* N= 19 i DAT, ekstremverdi fratrukket

Tabell 5. Analyse fra paret T-test av frekvens av variable for alle deltakere, fordelt på de som fikk Dyreassistert aktivitet (DAA) og de som fikk dyreassistert terapi (DAT). Frekvens av atferd er oppgitt som antall pr. minutt. Pilene angir retning på utvikling. Toveis signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

	Frekvens DAA, N = 13				Frekvens DAT, N = 20		
	Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. uke (SD)	Signifikans 2-veis		Gjennomsnitt 2.uke (SD)	Gjennomsnitt 10. Uke (SD)	Signifikans 2-veis
Konversasjon om fortid, uten hund	0,10 (0,15)	0,06 (0,10)	0,311		0,01 (0,03)	0,004 (0,02)	0,225
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, uten hund	0,34 (0,33)	0,28 (0,14)	0,515		0,32 (0,26)	0,40 (0,48)	0,492
Konversasjon om eller til hund, uten hund	0,427 (0,33)	0,426 (0,21)	0,986		0,33 (0,28)	0,39 (0,38)	0,424
Konversasjon om fortid, med hund til stede	0,03 (0,03)	0,01 (0,02)	0,094		0,008 (0,01)	0,006 (0,01)	0,481
Konversasjon om nåtid eller andre temaer, med hund til stede	0,01 (0,02)	0,05 (0,05)	0,002	↑	0,07 (0,11)	0,14 (0,12)	0,062
Konversasjon om eller til hund, med hund til stede	0,43 (0,33)	0,43 (0,21)	0,986		0,33 (0,28)	0,39 (0,38)	0,424
Hode og/eller blikk rettet mot hunden eller aktiviteten	2,44 (1,14)	2,71 (0,70)	0,279		1,93 (0,63)	1,77 (0,62)	0,345
Hode og/eller blikk rettet mot andre deltakere eller hundefører/terapeut	2,23 (1,30)	2,08 (1,06)	0,576		1,36 (0,69)	1,23 (0,69)	0,412
Hode og/eller blikk rettet mot andre ting	0,92 (0,61)	1,16 (0,74)	0,311		0,90 (0,65)	0,70 (0,39)	0,233
Fysisk berøring/kontakt med mennesker	0,02 (0,04)	0,01 (0,02)	0,544		0,07 (0,08)	0,14 (0,10)	0,009
Fysisk berøring eller kontakt med hund	0,24 (0,21)	0,21 (0,16)	0,521		0,27 (0,24)	0,23 (0,20)	0,405
Aktive øvelser (kaste ball, gi godbit, gjøre fysiske øvelser som del av sesjon)	0,11 (0,08)	0,07 (0,06)	0,020	↓	0,28 (0,15)	0,22 (0,13)	0,108
Smil og/eller latter rettet mot mennesker	0,40 (0,31)	0,47 (0,29)	0,492		0,40 (0,49)	0,28 (0,35)	0,099
Smil og /eller latter rettet mot hunden eller aktiviteten som pågår	1,72 (0,74)	1,49 (0,57)	0,149		0,99 (0,60)	1,03 (0,74)	0,829
Smil og/eller latter rettet mot andre ting	0,0049 (0,02)	0,0047 (0,01)	0,979		0,001 (0,01)	0,037 (0,09)	0,095
Synging, plystring, nynning, dansing, klapping	0,03 (0,05)	0,02 (0,04)	0,436		0,04 (0,10)	0,14 (0,10)	0,001
Repetitiv motorisk bevegelse	0,06 (0,14)	0,07 (0,11)	0,620		0,05 (0,13)	0,07 (0,29)	0,687
Vandring i rommet utenom aktive øvelser	0,002 (0,01)	0,000 (0,00)	0,337		0,000 (0,00)	0,003 (0,01)	0,330
Søvn, duppe av, sitte stille med øynene lukket	0,17 (0,19)	0,13 (0,16)	0,530		0,04 (0,05)	0,02 (0,04)	0,227
Gjesping og sukking (kun frekvenser)	0,01 (0,04)	0,06 (0,19)	0,328		0,004 (0,01)	0,013 (0,06)	0,524

5.3.3 Ulik grad av kognitiv svikt

Som i de andre gruppene og totalt økte varighet av variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse” signifikant ($p=0,026$) i gruppen hvor $KDV \geq 2$. Likeledes var det økning i frekvens i kontakt med mennesker ($p=0,052$). Selv om varighet av konversasjonsvariablene ikke hadde signifikant endring i noen av de to gruppene, var det flere økninger i frekvens for tre konversasjonsvariable for gruppen der $KDV \geq 2$. Konversasjon med eller til hunden (både med og uten hund i nærhet) samt om nåtidstemaer med hund til stede økte signifikant ($p=0,010$ på alle 3). Dette var spesielt for denne gruppen.

I gruppen med $KDV < 2$ var det færre signifikante utfall, men både frekvens ($p=0,030$) og varighet ($p=0,043$) på variabel ”Synge, plystre, danse” økte. I varighet gikk kontakt med hund ned ($p=0,045$). Varighet av aktive øvelser gikk derimot opp ($p=0,020$). I denne gruppen gikk varighet av samtaler om/til hund uten nærhet til hund signifikant ned med $p=0,024$.

5.3.4 Type intervensjon, DAA/DAT

I tabell 4 og 5 ble resultatet fordelt på gruppene DAA og DAT. En tydelig forskjell i forhold til totalresultatet var at varighet av kontakt med mennesker ($p=0,004$) og aktive øvelser ($p=0,001$) økte signifikant i gruppen DAT, mens varighet i konversasjonsvariable ($p=0,05/0,001$), frekvens i fysisk kontakt med hund ($p=0,022$) og blick mot andre ($p=0,036$) så ut til å bli redusert. I DAA gruppen gikk frekvensen av aktive øvelser tilbake ($p=0,020$) mens konversasjons om nåtidstemaer økte i frekvens med hund i nærheten ($p=0,002$).

5.3.4.1 Stratifisering på KDV i tillegg til DAA/DAT

Det var ingen signifikante endringer for deltakere på DAA som hadde $KDV < 2$ ($n=6$). Deltakere på DAT med $KDV < 2$ ($n=9$) hadde signifikant nedgang i varighet av å konversere uten hund til stede om eller til hunden ($p=0,020$). De hadde også en signifikant økning i varighet av å snakke med hund til stede om nåtidstemaer ($p=0,032$).

DAA deltakere ($n=7$) med $KDV \geq 2$ hadde signifikant økning i frekvens i variabelen å snakke med hund til stede om nåtidstemaer ($p=0,002$). De hadde også signifikant økt frekvens av fysisk kontakt med mennesker ($p=0,018$). Av varighet var det signifikant nedgang i å konversere uten hund til stede om hund eller aktivitet ($p=0,047$).

DAT deltakere (n=11) med KDV ≥ 2 hadde nedgang i varighet av variabelen å snakke om eller til hunden uten hunden nær ($p=0,016$). De hadde også signifikant økt varighet av fysisk kontakt med mennesker ($p=0,017$) samt økt varighet i aktive øvelser ($p=0,029$). I frekvens var det ingen signifikante utslag for denne gruppen.

5.3.4 Andre grupper som ble testet

Det ble utført flere parete T-tester for å avdekke eventuelle forskjeller på vår- og høstsesong, gruppestørrelse og tidligere dyrehold. Ingen av disse ga informasjon av større betydning.

5.4 Atferdsendringer fra loggskjemaene

Det var en positiv økning i gjennomsnittlige verdier for alle variablene fra loggskjemaene, men det var kun variablene ”kommunikasjon” som økte signifikant (tabell 6).

Tabell 6. Analyse med parett T-test av endring i variable fra hundeførers loggskjema (gjennomsnitt og standardavvik (SD) er oppgitt) fra 3 første sesjoner og tilsvarende sent i intervensjonsperioden med de 3 siste sesjoner. Signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

N = 33	Gj. Snitt (SD) Første 3	Gj. Snitt (SD) Siste 3	Sign. toveis
Aktivitet	3,64 (0,47)	3,74 (0,40)	0,270
Stemning	5,68 (0,40)	5,78 (0,46)	0,334
Konsentrasjon (N=31)*	2,90 (0,27)	2,92 (0,22)	0,572
Kommunikasjon	3,43 (0,59)	3,73 (0,47)	0,025

* 2 personer strøket pga manglende svaralternativ i vårsemester

Tabell 7. Analyse med parett T-test av endring i variablene kommunikasjon og stemning fra hundeførers loggskjema (gjennomsnitt og standardavvik (SD) er oppgitt) fra 3 første sesjoner og tilsvarende sent i intervensjonsperioden med de 3 siste sesjoner. Deltakerne er fordelt på kjønn og grad av demens (Klinisk Demens Vurdering (KDV)). Signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

	Gj. Snitt (SD) Første 3	Gj. Snitt (SD) Siste 3	Sign. toveis
Stemning, Menn , N = 9	5,48 (0,47)	5,93 (0,15)	0,022
Stemning, Kvinner, N = 24	5,75 (0,34)	5,72 (0,53)	0,819
Kommunikasjon, Menn, N = 9	3,11 (0,53)	3,78 (0,24)	0,010
Kommunikasjon, Kvinner, N = 24	3,56 (0,58)	3,69 (0,52)	0,328
Kommunikasjon, KDV < 2, N = 15	3,69 (0,48)	3,82 (0,28)	0,233
Kommunikasjon, KDV => 2, N = 18	3,22 (0,60)	3,65 (0,58)	0,048

Ved å stratifisere på kjønn, viser det seg at det er kun blant mennene at økningen blir signifikant i kommunikasjonsvariabelen med $p=0,010$. I tillegg fremkommer en signifikant økning i stemning med $p=0,022$ (tabell 7). Ved å inkludere de deltakerne som ikke omfattes

av registrering i etogram (totalt 47 deltakere), viser stemningsvariabelen signifikant økning i likhet med det som kommer frem ved stratifisering på menn fra videoopptakene (Tabell 8).

Hvis dataene deles inn i 2 grupper i forhold til KDV som i atferdsregistrering av etogramdata, øker kommunikasjonsvariabelen mest og signifikant blant de med KDV ≥ 2 ($p=0,48$) (tabell 7). Ved å stratifisere på gruppene DAT og DAA, fremkom ingen signifikante forskjeller i noen av variablene, heller ikke for kommunikasjonsvariabelen.

Tabell 8. Analyse med parett T-test av endring i variablene fra hundeførers loggskjema (gjennomsnitt og standardavvik (SD) er oppgitt) fra 3 første sesjoner og tilsvarende sent i intervensjonsperioden med de 3 siste sesjoner. Deltakerne inkluderer alle som deltok i undersøkte grupper fra videoopptakene/etogramregistrering og i tillegg de som ikke var med under videoopptakene. Signifikansnivå $p < 0,05$ er markert med fet skrift.

N = 47	Gj. Snitt (SD) Første 3	Gj. Snitt (SD) Siste 3	Sign. toveis
Aktivitet	3,56 (0,53)	3,71 (0,38)	0,070
Stemning	5,60 (0,52)	5,82 (0,40)	0,034
Konsentrasjon*	2,87 (0,31)	2,93 (0,26)	0,160
Kommunikasjon	3,33 (0,69)	3,62 (0,50)	0,006

*) $n=42$ pga. sammenslåing av ulike spørreskjema i vår- og høstsemesteret. De med manglende overensstemmende svaralternativer i spørreskjemaene ble strøket i analysen.

6. Diskusjon

6.1 Sammendrag av resultatene

Generelt økte varighet av aktive øvelser signifikant i intervensjonsperioden; totalt ($p=0,004$), kvinner ($p=0,013$), DAT ($p=0,001$), KDV < 2 ($p=0,024$). Blant menn økte aktive øvelser spesielt i frekvens ($p=0,022$) og blant kvinner i varighet ($p=0,013$).

Flere konversasjonsvariable økte gjennomgående og signifikant i flere undergrupper. Samtaletemaer om nåtid med hunden nær, økte signifikant i frekvens for alle deltakere ($p=0,011$), og tilsvarende for undergruppene DAA ($p=0,002$) og KDV ≥ 2 ($p=0,010$). Blant kvinner økte samtalefrekvensen om nåtidstemaer mest i frekvens ($p=0,004$). De med mer alvorlig demens (KDV ≥ 2) så ut til å ha størst økning i frekvens av samtaler om/til hund ($p=0,010$) både med hunden nær og uten hunden nær, men også om nåtidstemaer med hunden nær ($p=0,010$). DAA gruppen fikk signifikant økning i frekvens av konversasjoner om nåtidstemaer med hunden nær ($p=0,002$), samtidig som varighet av konversasjon om eller til hund uten hunden nær ble signifikant redusert ($p=0,044$).

Tegn på økt velvære i form av økt varighet ($p=0,002$) og hyppighet ($p=0,004$) av synging, plystring, nynning og dansing, økte signifikant generelt for alle deltakere, og tilsvarende i begge gruppene menn og kvinner. Følgende andre undergrupper viste også signifikant økning i denne variabelen: DAT (varighet: $p=0,010$ og frekvens: $p=0,001$), KDV ≥ 2 (varighet: $p=0,026$), KDV < 2 (frekvens: $p=0,030$).

Økt fysisk kontakt med mennesker slo spesielt ut på menn i økt varighet ($p=0,035$) og i økt frekvens ($p=0,021$), samt for DAT gruppen i økt varighet ($p=0,004$).

Loggskjemaene viste en signifikant økning ($p=0,025$) i variabelen "kommunikasjon" samlet for alle deltakere, samt i "stemning" på gruppen menn ($p=0,022$).

Det fremkom ingen signifikant endring i utvikling av negativ atferd som vandring, søvn, gjesping/sukking eller repetitive bevegelser. Verken tidlig eller sent i intervensjonsperioden ble det registrert noen form for kjefting, sinne, roping, gråt eller annen negativ, utagerende atferd.

6.2 Valg av metode

Innenfor forskning på dyreassisterte intervensjoner, finnes det et godt utvalg av empiri med kvalitativ forskning, og en del kvantitative undersøkelser (Bernabei et al. 2013; Filan & Llewellyn-Jones 2006; Perkins et al. 2008; Williams & Jenkins 2008). I den kvalitative forskningen er subjektet som subjekt i fokus og dybden i problemstillingene av en art som oftest fører til hypotesegenererende resultater. Disse kan gi økt forståelse for gruppers utfordringer og problemstillinger, men resultatene er vanskelige å generalisere utover de deltakere som undersøkelsen omfatter. De kvantitative undersøkelsene er gjennom tilfeldig utvalg og antall i undersøkelsene bedre egnet til å bekrefte eller avkrefte hypoteser, og det er mulig å generalisere resultater til populasjonen som utvalget i studien representerer (Wilson & Barker 2003).

Intervensjoner med hund overfor eldre med demens er kompleks på flere måter (Wilson & Barker 2003). Det kan være en utfordring å designe en pålitelig kvantitativ metode som dekker det vide spekteret av både utfall og type intervensjoner og samtidig ivareta å speile en ”virkelig verden”. I denne undersøkelsen er det forsøkt så langt det har vært mulig å finne en balanse for å ivareta tilnærmingen til det virkelige liv innenfor god validitet og reliabilitet.

6.2.1 Intern validitet

Ulik atferd kan tolkes både positivt og negativt. Symptombildet kan variere enormt fra person til person, og ulike utfall kan gi helt forskjellig atferd hos den enkelte (Kjelberg 2002; Rokstad 2005). All type konversasjon behøver ikke være tegn på sosial (positiv) interaksjon. For eksempel kan det å snakke uavbrutt om det samme om igjen og om igjen, like gjerne være et tegn på uro som på (positiv) sosial interaksjon. For noen kan det å bli stille derfor like gjerne være et tegn på ro, noe som kan være en forbedring av situasjon kontra opplevelse å ha indre uro. Dette vil ikke kunne fanges opp. En eventuell reduksjon av negativt ”snakk” vil i verste fall kunne føre til skjevhet, men heldigvis i riktig retning i forhold til resultatet, slik at tolkning ikke kan bli for positiv. På tross av slike variasjoner for enkeltpersoners uttrykk er likevel samtaler, smil, latter, synging eller dansing generelt et uttrykk for positive opplevelser. Atferd som søvn, umotivert vandring og gjesping/sukking, kan vanskelig tolkes som noe annet enn manglende interesse for aktiviteten, og kanskje spesielt når det gjelder søvn, også medisinerer. Det ble ikke opplyst om eventuelle endringer i medisinerer i løpet av perioden. Siden alle pasientene ble målt i forhold til seg selv, vil det uansett være grunn til å kunne tro

på eventuelle signifikante utslag i etogrammetts variable. Gjennomsnittet for deltakelse i sesjoner i denne undersøkelsen er ganske høyt, med 21 av 24 mulige.

Gruppestørrelsen varierte i antall deltakere fra 2 til 8, noe som kunne tenkes å gi utslag i sosial interaksjon. Tiden som hver enkelte deltaker får med hund til stede og i aktivitet er naturlig nok til en viss grad avhengig av størrelsen på gruppen – særlig om differansen i gruppestørrelsen er stor. På tross av dette viste stratifisering på gruppestørrelse i analysen svært små endringer i forhold til resultatet for alle deltakerne. I denne undersøkelsen kan det derfor ikke sies å ha påvirket resultatet i nevneverdig grad.

Filming av aktivitet har blitt utført av flere personer og kvaliteten på opptakene er varierende. I noen av DAT filmene blir det utført aktiviteter som har gjort filmingen ekstra utfordrende, blant annet turer i det fri og øvelser hvor hele gruppen forflytter seg mye – enten samlet som gruppe eller en og en. Dette førte til noe utfordrende registreringsarbeid ved at avstanden til deltakerne ble stor i større grupper, og i noen av filmene ble deltakerne plassert slik at de var ofte utenfor kameraøyet eller at ansikt eller kropp generelt var vendt bort fra kamera. Disse faktorene kunne ha bidratt til målefeil. Derfor ble deltakere som var for utydelige generelt under opptaket fjernet fra analysen, og det ble beregnet ny totaltid for alle deltakere hvor tid fra registrert variabel ”utenfor kamera” ble fratrukket.

De ulike ekvipasjene vil kunne tenkes å påvirke ulike typer mennesker forskjellig. Hund og hundefører kan spille en stor rolle for deltakernes atferd (Wilson & Barker 2003). Det er forsøkt å ta høyde for slik mulig påvirkning av utfallsdata ved at alle hundeførere og hunder (ekvipasje) har fått samme opplæring. Det er utarbeidet et standardisert opplegg både for DAA og DAT. De ulike deltakerne i denne undersøkelsen har blitt eksponert for ulike typer av hunder og hundeførere (Wilson & Barker 2003). Eksempelvis vil en liten hund som ikke liker å gjøre øvelser selv, men helst bare vil kose i fanget, ikke bidra i særlig grad til at deltakerne får utslag på ”aktive øvelser”. Andre grupper ble eksponert for intervensjoner uten nevneverdig fysisk kontakt mellom hund og deltakere. Dette viser noe av spennvidden i ekvipasjene og aktivitetene med både DAA og DAT i samme undersøkelse. I praksis ble det stor spredning i hundenes størrelse, alder og lynne samt hundeførers evne til å skape sosial interaksjon og aktivitet. Deltakerne har på den andre siden opplevd den samme ekvipasjen gjennom hele intervensjonsperioden, og størrelse på utvalget bør kunne demme opp for eventuelle skjevheter på grunn av dette.

I loggskjemaene går det frem hvilken opplevelse hundefører har med hensyn til opplevelse av den enkelte pasientens stemning, aktiv deltakelse, kommunikasjon og konsentrasjon. Det kan

tyde på god validitet at det ser ut som om resultatene fra loggskjemaene og etogrammene er overensstemmende.

6.2.2 Reliabilitet

Undersøkelsen er gjennomført under ledelse av "Dyrebar Omsorg" prosjektet ved NMBU. Metoden er i det vesentlige utformet og instrumentene kontrollert herfra.

Når det gjelder målefeil er det så langt det har vært mulig, tatt forholdsregler både med hensyn til standardisering av intervensjonene, utarbeidelse av etogram og ved kontroll av måte å registrere atferd på (interraterreliabilitet, IRR). Registreringsarbeidet av atferd i etogram kan inneholde målefeil og informasjonsskjevhet ved menneskelig svikt og tolkningsmulighet. Filmopptakene og registreringsrekkefølgen ble derfor trukket tilfeldig og fordelt mellom de som registrerte. IRR for variablene har et gjennomsnitt på 83 %, når smil og lattervariablene (IRR 38 %) holdes utenfor. Smil ble definert som munnviker trukket oppover. En viss form for tolkning kan derfor ha funnet sted på tross av gode definisjoner og samkjøring mellom de som registrerte. Disse variablene ble derfor ikke diskutert i oppgaven. Smil og latter kunne i erfaringens lys med fordel vært delt opp i separate variable. Latter vitner klarere om glede enn kun "smil", som noen ganger kan være mer "påatt" og uttrykk for høflighet, mer enn uttrykk for glede. I det øvrige gir IRR et pålitelig resultat på øvrige variable i etogrammet. En ekstremverdi ("uteligger) fra en deltaker som i datasettet kom frem på "Synge, plystre, nynne, danse" ble utelatt i analysen.

Når det gjelder loggskjemaene er disse fylt ut av hundefører, som teoretisk har mulighet til å påvirke svarene i positiv retning mot slutten av intervensjonsperioden. På den andre siden er intervensjonstiden såpass lang (12 uker) at det er vanskelig å kunne påvirke dette bevisst over så lang tid. Det ble benyttet gjennomsnittsverdi fra 3 sesjoner tidlig i intervensjonsperioden og tilsvarende sent i perioden for å sikre et pålitelig mål.

Kontrollgruppene som benyttes i "Dyrebar Omsorg" ble ikke filmet. Utvikling av demens i ulike faser går gradvis, og de individuelle forskjellene både med hensyn til diagnose, symptomutvikling og personlighet kan være store (Kjelberg 2002; Rokstad 2005). Dette er også en implikasjon idet det er vanskelig å vite hvor store forskjeller en utvikling ville vise dersom de samme deltakerne ikke hadde fått intervensjon. Det er vanskelig å tenke seg hvordan kontrollgruppene skulle blitt filmet uten å bringe inn en ny/annen aktivitet til for sammenligning. Det som det derfor ikke kan sies noe særlig om er hvor sannsynlig

tilsvarende utvikling av negativ atferd ville være for de som ikke får delta i denne type aktivitet. I denne undersøkelsen har målet med undersøkelsen primært vært å undersøke hvilke atferdsendringer som skjer ved hjelp av dyreassistert intervensjon, og målet var ikke å sammenligne dette opp mot andre aktiviteter. Måling tidlig og sent som utført ved hjelp av videoopptak, antas å kunne måle utvikling av atferd som følge av aktiviteten uten bruk av kontrollgruppe.

6.2.3 Generaliserbarhet

Institusjonene representerer et randomisert utvalg på sted og type intervensjon, og utvalget av institusjoner anses derfor å ha vært tilfeldig. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene for deltakerne vil i utgangspunktet gi sammenlignbare grupper med personer som er representative for gruppen som undersøkes. Riktignok har de ansatte ved institusjonene selv valgt ut deltakere (vedlegg 4), men slik ville det også være naturlig å gjøre det dersom en slik type aktivitet skulle igangsettes som ordinært tiltak. Alle deltakere er målt i forhold til seg selv, og representerer gruppen ”eldre med demens på dagsenter”. De kan derfor sies å være tilsvarende som i en virkelig situasjon hvor samme type aktivitet kunne blitt presentert for den samme gruppen slik de ville fremstå ved institusjoner i Norge. Ekvipasjene, gruppestørrelsene og sammensetning av deltakere vil spenne vidt, også i det virkelige liv.

Deltakerne har under hele perioden deltatt frivillig, noe som også speiler en virkelighet. Deltakerne bør derfor anses å representere et tilfeldig utvalg som ikke inneholder vesentlige utvalgsskjevheter.

Ved å sette sammen grupper av pasienter som divergerer mye med hensyn til type symptomer og grad av demens, egenskaper og interesser de har, er det ikke sikkert at en person med KDV på 0,5 (usikker eller lett demens) har like stort utbytte av å konversere mye med sidemannen som kanskje har alvorligere grad av demens. Slike forhold fanges ikke opp i en objektiv registrering og kan ha påvirket resultatet. Om så er tilfelle, vil det ha påvirket i retning av et dårligere resultat, og det vil ikke bli feil å generalisere de positive resultatene.

Med økt antall deltakere kunne gruppeinndelinger og derav resultatene muligens vært spisset mot smalere undergrupper, som eksempelvis de med ulike grader av demens og /eller utfall. På den andre siden er antallet pasienter som er undersøkt ganske høyt med 33 deltakere, og representerer en virkelighet av mulig sammensetning av gruppe ved dagsentrene. Antallet

deltakere er også ganske høyt i forhold til at pasientene representerer en begrenset gruppe (cluster).

Sett i lys av undersøkelsens metode, validitet og reliabilitet, bør det være mulig å kunne generalisere resultatene i denne undersøkelsen til populasjonen ”eldre med demens på dagsenter”.

6.3 Endringer i atferd

I forhold til hovedproblemstillingen som ble satt innledningsvis, og når resultatene holdes opp mot teori og empiri, tyder intervensjonene med DAA og DAT på at det blant deltakerne i denne undersøkelsen er utviklet større grad av subjektivt velvære, økte sosiale interaksjoner og økt aktivitet. Resultatet viser at det har skjedd endringer fra tidlig til sent i intervensjonsperioden både i analysen av data fra etogram og i loggskjemaene. Forskjeller hos kvinner og menn, grad av demens og DAA/DAT er funnet, og beskrives nærmere nedenfor.

6.3.1 Subjektivt velvære

Resultatene i denne oppgaven viste en signifikant økning både i varighet og frekvens for alle deltakere i variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse”, noe som tyder på økt velvære. Jevnlige, gode opplevelser kan bidra til å gi økt generelt subjektivt velvære og gjennom gjentatt opplevelse av mening og mestring, økning i ”Sense of Coherence” (SOC) og endring mot å være mer ”Flourishing” (Antonovsky 2012; Bernstein et al. 2000; Fortmeier 2005; Keyes 2013). Fysisk kontakt med hund og sosiale aktiviteter har tidligere vist å gi emosjonelt velvære. (Filan & Llewellyn-Jones 2006; Handlin et al. 2011; Williams & Jenkins 2008). Kontakt med hund kan redusere blodtrykk og puls, og uro og angst kan reduseres blant annet ved økt utskillelse av oxytocin (Handlin et al. 2011). Det er derfor å anta at hunden gjennom fysisk kontakt og tilstedeværelse bidro til å skape gode følelser og stemning. Oxytocin generelt er bekreftet å kunne gi ro og reduksjon av angstsymptomer (Macdonald & Macdonald 2010).

Den atferdsendring som ligger i variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse” kan tolkes som økt glede i sesjonene, og det kan bety at deltakerne generelt er i bedre humør i slutten av intervensjonsperioden enn i starten. Tilsvarende viser resultatene i loggskjemaene at stemningsvariabelen økte signifikant og positivt for mennene og for alle deltakere som omfattes av intervensjonene. Hos kvinnene var ikke loggskjemaene like tydelige i økning, men varighet av variabelen ”Synge, plystre, nynne, danse” økte signifikant også hos kvinnene.

Både DAA og DAT ga en økning i variablene ”Synge, plystre, nynne, danse”, og det kan hende at det er hundens evne til å være katalysator som spiller størst rolle for utvikling av atferd, og ikke type intervensjon (Handlin et al. 2011; Levinson 1962). Det kan derfor stilles spørsmålsteget om hvorvidt innholdet i aktivitetene er avgjørende for den opplevde subjektive

velvære, eller om det er selve kontakten med hunden som virker stimulerende uansett hva aktiviteten består i.

Siden aktivitet med hund allerede fra første sesjon ville kunne gi en slik ”her og nå”-effekt av økt subjektivt velvære og positive opplevelser, er det interessant at denne variabelen øker såpass mye i intervensjonsperioden. Livskvalitet og psykologisk velvære har også tidligere vist å øke for eldre ved regelmessig kontakt med dyr (Colombo et al. 2006; Kawamura et al. 2009; Nordgren & Engstrom 2014).

Aktivitet eller terapi med hund kan også oppleves meningsfullt og gi gode opplevelser av mestringsfølelse – eksempelvis ved å gi godbiter eller børste hunden. Disse handlingene er også et uttrykk for å gi omsorg til noen, noe som kan være svært viktig for bygging av tro på seg selv og mestringsfølelse i sosial kompetanse (Cohen-Mansfield 2013; Kawamura et al. 2009; Perkins et al. 2008). Det kan bety at deltakerne også kan ha fått det bedre med hensyn til subjektivt velvære også i funksjonell betydning (”Flourishing”), og kan hende er større mestringssevne og trygghet i aktiviteten oppnådd over tid (Bernabei et al. 2013; Keyes 2013).

I resultatene fremgår det at det ikke var noen signifikante økninger i negativ atferd, og ingen agitasjonsuttrykk som kjefting, roping eller gråt forekom i noen av videopptakene fra sesjonene. Studier har tidligere vist at agitasjon kan reduseres ved bruk av dyreassistert terapi (Bernabei et al. 2013; Filan & Llewellyn-Jones 2006; Perkins et al. 2008). I den siste randomiserte og kontrollerte studien til Majic et al. (2013), var det nettopp stagnasjon i utvikling av negativ atferd som ble påvist hos de som fikk intervensjoner med dyr - i motsetning til kontrollgruppen som etter 10 ukers gjennomføring hadde forverring i form av både agitert atferd og utvikling av symptomer på depresjon. Slike negative uttrykk kunne derfor være å forvente i forhold til en intervensjonsperiode på 12 uker og generell utvikling av symptomer på demens (Kjelberg 2002; Rokstad 2005). Det kan derfor se ut som om intervensjonene i undersøkelsen kan ha hatt en dempende effekt på utvikling av negativ atferd. Det er imidlertid ikke kjent om deltakerne for øvrig har hatt eller har utviklet slik atferd, så det er vanskelig å trekke noen endelig konklusjon i dette, men det kan antydes at en slik effekt kan ha oppstått.

Uten ytterligere dokumentasjon og oppfølging utover informasjon fra sesjonene, er det heller ikke sikkert – men i alle fall mulig - at angst og ensomhetsfølelse kan ha blitt redusert blant deltakerne, slik andre studier har vist (Filan & Llewellyn-Jones 2006; Majic et al. 2013; Stevens-Ratchford 2005; Williams & Jenkins 2008). Økt subjektivt velvære og økt grad av ”Flourishing” vil i så fall kunne bidra til å bevege deltakerne i positiv retning på

helsekontinuumet uavhengig av diagnose og utvikling av demenssykdommen (Antonovsky 1979; Keyes 2013; Langeland & Vinje 2013). Oppfølging før og etter intervensjonsperioden i forhold til diagnose er utenfor rammen av denne studien.

6.3.2 Økt sosial interaksjon

Økt subjektivt velvære antas å kunne stimulere til økte sosiale interaksjoner (Bernstein et al. 2000). Mening og mestring i hverdagen er viktig for SOC, og økt SOC eller større grad av "Flourishing" kan stimulere til økt sosial kontakt (Antonovsky 2012; Keyes 2013; Langeland & Vinje 2013). Dyreassisterte intervensjoner har også tidligere vist å kunne stimulere til økte sosiale interaksjoner, både for eldre og personer med demens (Bernabei et al. 2013; Bernstein et al. 2000; Perkins et al. 2008).

I resultatet fra undersøkelsen fremgår både signifikante endringer i konversasjonsvariable, samt mer generelt i form av økning i aktive øvelser. Dette peker mot at intervensjonene har stimulert deltakerne både fysisk og sosialt. Kan hende ble deres indre "motstandsressurser" i form av sosial interesse og engasjement vekket til live gjennom interessen og de positive opplevelsene i sesjonene (Antonovsky 2012). Frekvens og varighet i økningen av enkeltvariable er svært interessante, og spesielt spennende er det å se at endringen i temaene som konversasjonene handler om ser ut til å endre seg. Fra å dreie seg mest om hunden og fortidstemaer i starten, ser konversasjonene ut til å dreie seg mer om nåtidstemaer i slutten av intervensjonsperioden. Dette kan tyde på at det er endring i sosial atferd fra tidlig til sent i intervensjonsperioden.

Hos de med lettere grad av demens og hos mennene gikk varighet av fysisk kontakt med hund signifikant tilbake, mens kontakt med mennesker økte. Disse endringene i atferd peker mot en mulig økt interesse for mennesker i stedet for hunden i slutten av intervensjonsperioden. Blant gruppene med mer alvorlig grad av demens, er det påfallende signifikant økning i frekvens av samtaler generelt, og den fysiske kontakten med mennesker økte også der. Det kan se ut som om de med de alvorlig grad av kognitiv svikt faktisk fikk de største positive endringene i atferd, både med hensyn til økte sosiale interaksjoner, men også i forhold til kommunikasjonsvariable fra loggskjema.

Henry et al. (2012) har gjort en undersøkelse som viser at kognitiv svikt kan være vel så uttalt hos de med lettere demensdiagnoser, som hos de med tyngre. Det fremkom også i hans undersøkelse at evne til logisk tenkevne fremfor hukommelse kan være mer avgjørende for

evne til å fungere sosialt. Hukommelse er den parameter som vektlegges sterkest i fastsettelse av KDV (Vedlegg 7). Kan hende kan det derfor være vel så nyttig å stratifisere deltakere i forhold til andre og mer individuelle utfall for videre forskning, og ikke være så opptatt av inndeling i grad av demens målt kategorier som KDV. For selv om resultatet kan virke bekreftende på at de med alvorligere grad av demens i denne undersøkelsen har større utbytte enn de med mildere grad, er det ikke kjent hvilket utgangspunkt deltakerne hadde i forhold til for eksempel språk og logisk tenkeevne. Imidlertid er alle deltakerne tilknyttet et dagsenter, og ikke et sykehjem. For å fungere på dagsenter kreves sannsynligvis en viss grad av både logisk tenkeevne og sosial ferdighet – på tross av en eventuell alvorlig grad av demens ved høy KDV.

Det er derfor trolig flere måleparametre enn KDV som bør vurderes å ligge til grunn for stratifisering i videre arbeid med denne gruppen, både i forskning eller når tilbud om aktivitet utarbeides. Grupper med personer med demens hvor målsetting er å fungere sosialt, bør helst settes sammen utfra hvilke individuelle interesser og ressurser som bor i den enkelte, og ikke ut fra en diagnose (Antonovsky 2012; Cohen-Mansfield 2013; Fortmeier 2005; Henry et al. 2012; Rokstad 2005).

Det er, sett under ett, gode indikasjoner i resultatet på at økte sosiale interaksjoner har utviklet seg i løpet av undersøkelsen, noe som vil kunne gi en positiv stimulering til et bedre sosialt miljø og til økt SOC og grad av "Flourishing" for den undersøkte gruppen (Antonovsky 2012; Keyes 2013). Målinger av denne utviklingen for deltakerne individuelt faller utenfor rammene av oppgaven, men det ville være veldig spennende å gjøre oppfølgingsstudier med bruk av flere instrumenter for å kunne kartlegge dette nærmere.

6.3.3 Økt aktivitet

Når interessen først er vekket, er aktivitet teoretisk sett stimulerende for å skape mening i hverdagen og over tid kunne utvikle et sosialt miljø (Christiansen & Townsend 2011; Fortmeier 2005). Fra aktivitetsvitenskapen viser Fortmeiers modell at regelmessige aktiviteter bidrar gjennom interesse og fellesskap til at sosiale miljøer utvikles. Gode følelser for hunden og de som inngår i gruppen kan skapes over tid og aktivitetene kan derfor stimulere til økt sosialt miljø. I artikkelen til Stevens-Ratchford (2005) går det frem at interesse og engasjement i aktiviteter skaper motivasjon og kan gi bedre utholdenhet og mestring gjennom sykdom og rehabilitering.

Resultatene i undersøkelsen viser at varighet av aktive øvelser økte signifikant i intervensjonsperioden for alle deltakerne, mens frekvensen gikk tilbake. Dette gjaldt alle deltakere, men kom ekstra godt frem blant kvinnene. Dette kan tyde på at deltakerne lærer underveis og får større mestringsevne og interesse for de aktive øvelsene etterhvert i intervensjonsperioden (Fortmeier 2005; Knutagård 2003). Blant deltakerne i DAA gruppen går aktivitet noe tilbake, mens variable for konversasjon øker. DAT som type intervensjon har større fokus på aktive øvelser, og DAA er en roligere aktivitet som kanskje innbyr til mer konversasjon. Hos deltakere med KDV < 2, er det færrest signifikante endringer i atferd, men blant deltakerne i DAT, fantes endring i flere konversasjonsvariable samt signifikant økning av aktive øvelser. DAT kan derfor uansett grad av KDV se ut til å føre til at aktive øvelser økte i intervensjonsperioden.

I henhold til resultatet i konversasjonsvariablene, kan disse sammenholdt med økning i varighet av aktive øvelser, samlet tyde på at deltakerne endrer fokus fra minner og fortid til nåtid samt at de ser ut til å gjøre mer ut av de aktive øvelsene. Loggskjemaene ga ikke signifikant økning i variabelen "konsentrasjon", men det var en svak økning. Evne til konsentrasjon er en kognitiv egenskap som gjerne blir redusert med utvikling av demens (Kjelberg 2002; Rokstad 2005).

Økning i varighet av aktive øvelser, sett sammen med større evne til å konversere om nåtidstemaer fremfor fortid, kan derfor tolkes som et tegn på at kognitiv funksjon i løpet av intervensjonsperioden i alle fall ikke har utviklet seg i negativ retning for deltakerne, slik det også fremkom i studien til Henry et al. (2012). Det vil i så fall kunne gi positiv effekt for utvikling av deltakernes helsekontinuum å kunne gi bedre utgangspunkt for å fungere sosialt og aktivt så lenge som mulig i miljøet på dagsenteret (Antonovsky 2012; Fortmeier 2005; Keyes 2013).

7. Konklusjon

Resultatene viser at det er en rekke målbare endringer i atferd fra tidlig til sent i intervensjonsperioden for pasienter med demens som deltar på DAA eller DAT. De viser også at det kan se ut til å være enkelte endringer i atferd hos kvinner og menn, og hos gruppene som fikk DAT og DAA. Resultatene peker også mot at det kan se ut til at endringene i atferd er større hos deltakere med mer alvorlig demens, enn hos de med lettere demens. Selv om ikke bildet var entydig og studiepopulasjonen var relativt liten, tyder resultatene på at intervensjonene førte til atferdsendringer som peker mot større grad av subjektivt velvære, sosiale interaksjoner og aktivitet. Det kommer tilsvarende frem av loggskjemaene at det har vært signifikant økning i variabelen ”kommunikasjon”. Det var også signifikant økning i variabelen ”stemning” når det gjelder mennene i undersøkelsen og når alle deltakere fra intervensjonsperioden inkluderes. Loggskjemaer og registrering av atferd fra etogram ser derfor ut til å samsvare godt.

På bakgrunn av fremkomne resultater anbefales mer forskning på dyreassisterte intervensjoner overfor eldre med demens, da det kan se ut som om disse intervensjonene kan ha helsemessig, positiv betydning for endring av atferd i retning av både større subjektivt velvære, økt sosial interaksjon og aktivitet. Spesielt interessant ville det være å gjøre mer omfattende oppfølgingsstudier med et enda større utvalg, hvor instrumenter fra modellene ”Flourishing” eller ”Sense of Coherence” kunne inkluderes for nærmere kartlegging av utvikling på helsekontinuumet som følge av aktiviteten.

Antallet pasienter med demens er stadig økende, og det er en utfordring å kunne tilby alle disse et godt liv med så høy livskvalitet som mulig. For å kunne gi de beste tilbud og verdig behandling, er økt forskning for denne gruppen viktig – både for den det gjelder, deres pårørende og samfunnet.

Referanser

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*: Jossey-Bass Publishers. 185 s.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk. 224 s.
- Antrozoologisenteret. (2011). *Dyreassistert terapi på institusjon*.
<http://www.helsedirektoratet.no>: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:
<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/eksempler/Sider/dyreassistert-terapi-pa-institusjon.aspx> (lest 15082013).
- Banks, M. R. & Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences*, 57 (7): 428-432.
- Barker, S. B. & Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49 (6): 797-801.
- Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., Forlani, M. & Atti, A. R. (2013). Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. *J Psychiatr Res*, 47 (6): 762-773.
- Bernstein, P. L., Friedmann, E. & Malaspina, A. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoos*, 13 (4): 213-224.
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (2011). *Introduction to Occupation, The Art and Science of Living*. 2 utg.: Pearson Education International. 434 s.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W. & Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37 (4): 16-22.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15 (6): 765-785.
- Colombo, G., Dello Buono, M., Smania, K., Raviola, R. & De Leo, D. (2006). Pet therapy and institutionalized elderly: A study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42 (2): 207-216.
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, A., Figueiredo, D. & Sousa, L. X. (2013). Making sense(s) in dementia: a multisensory and motor-based group activity program. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 28 (2): 137-46.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H. & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (6): 444-451.
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment - a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8): 965-974.
- Edwards, N. E. & Beck, A. M. (2002). Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 24 (6): 697-712.
- Felce, D. & Perr, J. (1995). Quality of life, it's definition and measurement. *Pergamon Research in Developmental Disabilities*, 16 (1): 51-74.
- Filan, S. L. & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 18 (4): 597-611.

- Fortmeier, S. (2005). Aktivitet og virksomhed og mening i livet. I: Bendixen, H. J., Borg, T., Pedersen, E. F. & Altenborg, U. (red.) *Aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv*, s. 183-197. København: FADL's Forlag.
- Friedman, E., Son, H. & Tsai, C.-C. (2010). The animal/human bond: health and wellness. I: Fine, A. H. (red.) *Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*, s. 85-107. London: Academic Press.
- Førde, R. (2010). *Helsinkideklarasjonen (Sist oppdatert 22. desember 2010)*.
<http://www.etikkom.no>: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig fra:
<http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
 (lest 22092013).
- Handlin, L., Hydbring-Sandberg, E., Nilsson, A., Ejdebäck, M., Jansson, A. & Uvnäs-Moberg, K. (2011). Short-Term Interaction between Dogs and Their Owners: Effects on Oxytocin, Cortisol, Insulin and Heart Rate—An Exploratory Study. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 24 (3): 301-315.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 - "Den gode dagen"*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> (lest 25082013).
- Helvik, A.-S., Engedal, K. & Selbaek, G. (2013). Change in sense of coherence (SOC) and symptoms of depression among old non-demented persons 12 months after hospitalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56 (2): 314-320.
- Henry, J. D., von Hippel, W., Thompson, C., Pulford, P., Sachdev, P. & Brodaty, H. (2012). Social behavior in mild cognitive impairment and early dementia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34 (8): 806-813.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A. & Martin, R. L. (1982). A new clinical-scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140 (JUN): 566-572.
- Kawamura, N., Niiyamaz, M. & Niiyama, H. (2007). Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics*, 7 (1): 8-13.
- Kawamura, N., Niiyama, M. & Niiyama, H. (2009). Animal-Assisted Activity: Experiences of Institutionalized Japanese Older Adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47 (1): 41-47.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2): 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3): 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (3): 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Throughout the Lifespan. I: Keyes, C. L. M. (red.) *Mental Well-Being - International Contributions to the Study of Positive Mental Health*, s. 3-29. Atlanta, USA: Springer.
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig*. Oslo, Norge: Kommuneforlaget. 151 s.
- Knutagård, H. (2003). *Introduksjon till verksamhetsteori*: Studentlitteratur.
- Kruger, K. A. & Serpell, J. A. (2010). Animal-assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. I: Fine, A. H. (red.) *Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*, s. 33-48. London: Academic Press.

- Lamoth, C. J., van Deudekom, F. J., van Campen, J. P., Appels, B. A., de Vries, O. J. & Pijnappels, M. (2011). Gait stability and variability measures show effects of impaired cognition and dual tasking in frail people. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 8.
- Langballe, E. M. & Hånes, H. (2013). *Demens - faktaark*. <http://www.fhi.no>: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=77026> (lest 18032014).
- Langeland, E. & Vinje, H. F. (2013). The significance of salutogenesis and well-being in mental health promotion: From theory to practice. I: Keyes, C. L. M. (red.) *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*, s. 299-331. Dordrecht: Springer.
- Lehtinen, V., Sohlman, B. & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1 (1): 9.
- Levinson, B. M. (1962). The dog as a co-therapist. *Mental Hygiene*, 46: 59-65.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. I: Morgan, A., Davies, M. & Ziglio, E. (red.) *Health assets in a global context: Theory, methods, action*: Springer.
- Macdonald, K. & Macdonald, T. M. (2010). The peptide that binds: a systematic review of oxytocin and its prosocial effects in humans. *Harv Rev Psychiatry*, 18 (1): 1-21.
- Majic, T., Gutzman, H., Heinz, A., Lang, U. E. & Rapp, M. A. (2013). Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (11): 1052-9.
- Martin, P. R. & Bateson, P. (1993). *Measuring behaviour: an introductory guide*. Cambridge: Cambridge University Press. 222 s.
- Myren, I. K. (2010). Masteroppgave: Terapi- og selskapsdyr i norske sykehjem - en kartleggingsstudie Unversitetet for Milj- og Biovitenskap, institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap. 72 s.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. 3 utg.: Elsevier. 314 s.
- Njelesani, J., Tang, A., Jonsson, H. & Polatajko, H. (2012). Articulating an Occupational Perspective. *Journal of Occupational Science*: 1-10.
- Nordgren, L. & Engstrom, G. (2014). Animal-assisted intervention in dementia: effects on quality of life. *Clin Nurs Res*, 23 (1): 7-19.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual 4th Edition*. Australia: The Mc Graw Hill Companies. 345 s.
- Perkins, J., Bartlett, H., Travers, C. & Rand, J. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. *Australasian Journal on Ageing*, 27 (4): 177-182.
- Perneckzy, R., Wagenpfeil, S., Komossa, K., Grimmer, T., Diebel, J. & Kurz, A. (2006). Mapping scores onto stages: Mini-Mental State Examination and clinical dementia rating. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2): 139-144.
- Péter, A. (2014). *Solomon Coder*. Tilgjengelig fra: <http://solomoncoder.com/>.
- Provencher, H. L. & Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: A Complete Mental Health Perspective. I: Keyes, C. L. M. (red.) *Mental Well-Being - International Contributions to the Study og Positive Mental Health*, s. 277-299. Atlanta, USA: Springer.
- Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg, Norge: Forlaget Aldring og helse.

- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G. & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39 (3): 227-237.
- Souter, M. A. & Miller, M. D. (2007). Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20 (2): 167-180.
- Stenhagen, M., Nordell, E. & Elmstahl, S. (2013). Falls in elderly people: a multifactorial analysis of risk markers using data from the Swedish general population study 'Good Ageing in Skane'. *Aging Clinical and Experimental Research*, 25 (1): 59-67.
- Stevens-Ratchford, R. G. (2005). Occupational Engagement. Motivation for Older Adult Participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21 (3): 171-181.
- Strobel, C. & Engerdal, K. (2008). *MMSE-NR (MMS-norsk versjon)*. <http://www.nhi.no>: Norsk Helseinformatikk - for helsepersonell. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/mmse-nr-mms-norsk-revisjon-29968.html> (lest 18032014).
- Travers, C., Perkins, J., Rand, J., Bartlett, H. & Morton, J. (2013). An evaluation of dog-assisted therapy for residents of aged care facilities with dementia. *Anthrozoos*, 26 (2): 213-225.
- Troisi, A. (1999). Ethological research in clinical psychiatry: the study of nonverbal behavior during interviews. *Pergamon Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23: 905-913.
- Tsuchida, T. & Mano, Y. (2003). The cause of falls in elderly persons. *Nihon Ronen Igakkai zasshi. Japanese journal of geriatrics*, 40 (3): 231-3.
- Tuke, S. (1813). *Description of the Retreat*. York, England: Philadelphia, Isaac Peirce.
- Williams, E. & Jenkins, R. (2008). Dog visitation therapy in dementia care: a literature review. *Nursing Older People*, 20 (8): 31-35.
- Wilson, C. C. & Barker, S. B. (2003). Challenges in Designing Human-Animal Interaction Research. *American Behavioral Scientist*, 47 (1): 16-28.
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York, 19-22 June, 1946;: Official Records of the World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Årslund, D. (2002). Demens med Lewy-legemer. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 5. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/497681> (lest 15.02.2014).

Vedlegg 1. Design dyreassistert aktivitet

Design dyreassistert aktivitet



Intervensjonene skal tilrettelegges individuelt, med utgangspunkt i pasientenes behov, interesse og dagsform. Sesjonene for hver deltaker skal dokumenteres av behandler gjennom føring av standardisert logg.

Dyreassistert aktivitet

I dyreassisterte aktiviteter (DAA) opptrer dyret som en miljøskaper. Det er ikke nødvendigvis noe bestemt mål med aktiviteten, og den gjennomføres oftest av frivillige.

Pasientene følges til rommet som er tilegnet gjennomføringen av dyreassistert aktivitet og setter seg i en halvsirkel. For å kunne standardisere intervensjonene i størst mulig grad, skal hver time følge en mal.

Behandleren kommer med hunden i bånd, og stiller seg midt i gruppa. Sesjonen starter med at behandleren presenterer seg selv og hunden. Behandleren tar kontakt med den første pasienten, og spør om denne vil hilse på hunden. Hvis pasienten ønsker dette, ber behandleren hunden ta kontakt med pasienten.

Behandleren legger stor vekt på at hunden tilnærmer seg deltakeren forsiktig. Denne første kontakten er viktig for å bygge en god relasjon, selv om pasienten har møtt hunden tidligere. Den fysiske kontakten kan bidra til å sette i gang fysiologiske reaksjoner som senket puls og hjerterefrekvens og økt utskillelse av positive hormoner slik at pasienten føler ro og velbehag. Pasienten får også mulighet til å utøve omsorg ovenfor et annet levende vesen, og oppleve at hunden nyter kosen den får.

Behandler har ansvar for å fordele tiden som er avsatt (30 minutter) slik at alle deltakere får lik mulighet til å interagere med hunden. Samtalen og innholdet med den enkelte deltaker kan inneholde: repetisjon av hundens navn, spørsmål om deltakerens tidligere opplevelse/eierskap til hund/dyr osv.

Pasientene kan i tillegg til å kose med hunden få lov til å gi den godbiter. Å tørre å gi hunden godbit kan gjøre at pasienten føler mestring, i tillegg til at de også her får gitt omsorg og kan få følelsen av «å gi». For å plukke opp godbiten utøves finmotorikk.

Pasientenes interesse og dagsform skal vektlegges, og tegn til uvillighet skal respekteres. Deltakelse i prosjektet er basert på frivillighet, og ethvert tegn til at pasienten ønsker å avbryte den aktuelle aktivitet eller sesjonen i helhet skal etterkommes.

Det skal settes av god tid til avslutning av sesjonen, da dette inngår som en del av aktiviteten. En viktig del av avslutningen er å evaluere sesjonen sammen pasientene for at behandleren skal få et godt inntrykk av deres opplevelse. Dette gjøres samtidig med at pasientene og hunden har kontakt. Evt. hundehår fjernes fra pasientenes klær og pasienten vasker og

desinfiserer hender. Dette kan bidra til økt bevissthet rundt egen hygiene, samt være en del av den fysiske aktiviteten.

Pasientene blir fulgt tilbake til fellesarealene, og behandleren vasker gulvet hvor hunden har oppholdt seg. Det er viktig å også huske håndhygiene hos behandleren med grundig håndvask og sprit. Behandleren tar hunden med ut og lar den få være "fri", slik at hunden kan få koblet av og samtidig nullstille seg til neste gruppe. Hunden må få tilbud om friskt vann, samt mulighet til å lufte seg ren. Behandleren noterer og dokumenterer til slutt dagens sesjon.

Designet er utarbeidet av AntrozoologiSenteret

Vedlegg 2. Design dyreassistert terapi

Design dyreassistert terapi



Intervensjonene skal tilrettelegges individuelt, med utgangspunkt i deltakerens behov, interesse og dagsform. Sesjonene for hver deltaker skal dokumenteres av behandler gjennom føring av standardisert logg.

Dyreassistert terapi

Dyreassistert terapi (DAT) er en målrettet intervensjon der man bevisst bruker et dyr som en integrert del av et behandlingsopplegg, hvor man dokumenterer og evaluerer prosessen, og hvor det er en behandler til stede. Det skal utarbeides hovedmål og delmål for hver enkelt deltaker, og hver time skal tilrettelegges individuelt med utgangspunkt i deltakerens behov, interesse og dagsform.

Brukerne møtes i rommet som er tilegnet gjennomføringen av dyreassistert terapi. For å kunne standardisere intervensjonene i størst mulig grad, skal hver time følge en mal. Sesjonen starter med at terapeuten presenterer seg selv og hunden. Terapeuten tar kontakt med deltakeren, og spør om denne vil hilse på hunden. Hvis deltakeren ønsker dette, ber terapeuten hunden ta kontakt med deltakeren. Terapeuten legger stor vekt på at hunden tilnærmer seg deltakeren forsiktig.

Denne første kontakten er viktig for å bygge en god relasjon, selv om deltakeren har møtt hunden tidligere. Terapeuten går deretter gjennom de individuelle målene for sesjonen med deltakeren, og avklarer om dette høres greit ut i forkant av hver øvelse, samtidig som deltakeren har fysisk kontakt med hunden. Den fysiske kontakten kan bidra til å sette i gang fysiologiske reaksjoner som senket puls og hjertefrekvens og økt utskillelse av positive hormoner slik at deltakeren føler ro og velbehag. Deltakeren får også mulighet til å utøve omsorg ovenfor et annet levende vesen, og opplever at hunden nyter kosen den får.

Sesjonen gjennomføres i praksis med utgangspunkt i terapeutens plan. Under følger eksempler på praktiske øvelser som kan utføres. Deltakerens interesse og dagsform skal vektlegges, og tegn til uvillighet skal respekteres. Deltakelse i prosjektet er basert på frivillighet, og ethvert tegn til at deltakeren ønsker å avbryte den aktuelle aktivitet eller sesjonen i helhet skal etterkommes. Det er viktig at tiden som er til rådighet blir godt fordelt mellom alle deltakerne.

Det skal settes av god tid til avslutning av sesjonen, da dette inngår som en del av terapien. En viktig del av avslutningen er å evaluere sesjonen sammen pasientene for at behandleren skal få et godt inntrykk av deres opplevelse. Dette gjøres samtidig med at pasientene og hunden har kontakt. Evt. hundehår fjernes fra deltakernes klær og deltakeren vasker og desinfiserer hender. Dette kan bidra til økt bevissthet rundt egen hygiene, samt være en del av den fysiske aktiviteten.

Deltakerne blir fulgt tilbake til fellesarealene, og terapeuten vasker gulvet hvor hunden har oppholdt seg. Det er viktig å også huske håndhygiene hos terapeuten med grundig håndvask og sprit. Terapeuten tar hunden med ut og lar den få være "fri", slik at hunden kan få koblet av og samtidig nullstille seg til neste gruppe. Hunden må få tilbud om friskt vann, samt mulighet til å lufte seg ren. Terapeuten noterer og dokumenterer til slutt dagens sesjon.

Intervensjonen kan inneholde følgende:

- Klappe hunden
 - Består av å løfte hånden, stryke
 - Fysiologisk effekt, ro, berøring, omsorg, mestring
- Gi godbit
 - Består av å vite hva godbit er, plukke den opp, gi til hunden, tørke fingrene etterpå
 - Mestring, omsorg, kognitive funksjoner, finmotorikk, fokus på hygiene
- Gå tur
 - Består av å ta på båndet, reise seg opp, kommandere hunden, gå, følge hundens tempo og bevegelser
 - Finmotorikk, bevegelse, koordinasjon, kognisjon, mestring
- Kaste gjenstand
 - Består av å plukke opp gjenstand, løfte hånden, kaste, rope på hunden, ta imot gjenstand
 - Bevegelse, koordinasjon, kognisjon, mestring
- Kommandere
 - Består av å huske ord, uttale riktig, riktig stemmeleie
 - Kognisjon, mestring
- Børste
 - Består av å plukke opp børsten, holde børsten, børste, ta pelsen av børsten, legge fra seg børsten
 - Finmotorikk, bevegelse, koordinasjon, kognisjon, mestring, omsorg
- Koble av/på båndet
 - Består av å be hunden komme til seg, holde den i halsbåndet, ta opp båndet, koble på båndet
 - Finmotorikk, bevegelse, koordinasjon, kognisjon, mestring
- Gi vann
 - Består av å plukke opp vannskåla, gå til vasken / vannflasken, helle i vann, sette ned vannskåla, si ”vær så god” til hunden
 - Balanse, bevegelse, koordinasjon, kognisjon, finmotorikk, mestring, uttale av kommando
- Løfte ett bein
 - Består av å stå eller sitte i en stol og løfte beinet slik at hunden kan gå under eller hoppe over
 - Styrke, koordinasjon
- Løfte to bein
 - Består av å sitte i en stol og løfte begge beina slik at hunden kan gå under eller hoppe over
 - Styrke, koordinasjon

- Slalom mellom beina
 - Består av å stå oppreist med beina fra hverandre slik at hunden kan gå slalom mellom beina. Bruke hendene til å føre hunden riktig
 - Balanse, styrke, koordinasjon av armer og bein
- Holde en rokkering
 - Løfte rokkeringen slik at hunden kan hoppe igjennom
 - Styrke, bevegelse
- Kognitiv trening (IQ-leker)
 - Består av ulike former for aktiviseringsleker utviklet for hund. Deltaker skal veilede hunden gjennom de ulike aktivitetene
 - Kognisjon, bevegelse, finmotorikk, uttalelse av kommandoer, mestring
- Terning med bilder av hunden i ulike situasjoner som hunden skal utføre
 - Består av å sparke terningen slik at den triller, hunden skal apportere og komme tilbake å vise bildet
 - Kognisjon, bevegelse, styrke
- Vise bilder av hunden i ulike situasjoner
 - Deltaker skal se på bildet og kommandere hunden til å gjøre som på bildet
 - Kognisjon, uttale

Designet er utarbeidet av AntrozoologiSenteret

Bra å ha dem stående, uten at de kan støtte seg. Terapeuten støtter dem selv

Ha dem i utfordrende utgangsstillinger

Prøv å ikke la dem sitte

Gjenstanden som skal kastes kan veie litt ekstra, 2 kg f.eks

Dersom de kan løfte sin egen hånd mer enn 10-12 ganger bør de bruke vekter

Prøv å få dem til å holde på en stund, slik at de blir slitne

Å gå tur med hunden er veldig fint, prøv å gå fort, bli andpusten, gå i minst 15 min.

Bruke sandposer, belter rundt livet når de reiser seg

Reise å sette seg fra stolen 5 ganger er litt styrketrening. Når de kan gjøre det mer enn 10-12 ganger bør de bruke vekter

Knebøy; bøye seg ned å klappe hunden evt. med vekter. Dette styrker underekstremitetene

Vedlegg 3. Etogram og atferdsvariable for registrering av videoopptak

Atferd	Beskrivelse
Berøring/kontakt med terapeut eller andre deltakere	Har fysisk kontakt med terapeut eller en annen deltaker (antall ganger og varighet)
Berøring/kontakt med hund	Har fysisk kontakt med hund (antall ganger og varighet)
Konversasjon når hunden er nær eller i kontakt med deltaker. Fordelt på 3 temaer: om/til hunden, fortid/livshistorie/minner eller nåtid/dagligliv/annet	Tar initiativ eller svarer på konversasjon (antall ganger og varighet av konversasjon)
Konversasjon uten at hunden er i umiddelbar nærhet eller i kontakt med deltaker. Fordelt på 3 temaer: om/til hunden, fortid/livshistorie/minner eller nåtid/dagligliv/annet	Tar initiativ eller svarer på konversasjon (antall ganger og varighet av konversasjon)
Observere/se på terapeut eller andre deltakere	Ha blikket/hodet rettet mot terapeut eller annen deltaker (antall ganger og varighet)
Observere/se på hund og/eller aktivitet	Ha blikket/hodet rettet mot hund eller pågående aktivitet (antall ganger og varighet)
Observere/se på andre ting	Ha blikk/hodet rettet mot andre ting i rommet, ut av vinduet etc.
Smil/latter rettet mot hund	Smil/latter som oppstår samtidig som blikket er rettet mot hund/aktivitet (antall ganger og varighet)
Smil/latter rettet mot terapeut eller andre deltakere	Smil/latter som oppstår samtidig som blikket/hodet er rettet mot terapeut eller annen deltaker (antall ganger og varighet)
Smil/latter rettet mot andre ting	Smil/latter som oppstår samtidig som blikket er rettet mot hund (antall ganger og varighet)
Synge, plystre, nynne, danse, klappe	Synge, plystre, nynne, danse, klappe i hendene (antall ganger og varighet)
Søvn	Personen duper av, sover eller sitter ubevegelig med øynene lukket (antall ganger og varighet)
Gjesping, sukking	Gjesping og sukking registreres med antall ganger
Ingen respons	Personen reagerer ikke ved forsøk på kontakt fra andre deltakere, terapeut eller hund (antall ganger)
Repetitiv motorisk bevegelse	Bevegelse uten å reise seg fra stolen, eks tromming med fingre. (antall ganger og varighet)
Gråt, rop eller skjelling	Gråt, høylytt roping, kjefting, banning, aggressive lyder (antall ganger)
Vandring	Beveger seg rundt i rommet (antall ganger og varighet)
Forlater rommet	Avbryter timen og forlater rommet (antall ganger)
Utenfor kamera	Varighet der personen ikke er i fokus av ulike årsaker og atferd ikke kan registreres

«Dyrebar omsorg»

Hvordan går du frem for å rekruttere deltakere til dyreassisterte aktiviteter?

Det å finne deltakere som kan tenke seg å delta i prosjektet er en viktig prosess. Den kognitive svikten som følger med en demenssykdom gjør det naturlig nok utfordrende å motta ny og komplisert informasjon. Det er derfor nødvendig at det er personell som kjenner deltakeren godt fra før, og som har god innsikt i hva prosjektet innebærer som snakker med aktuelle personer.

Hovedintensjonen med prosjektet er at det skal være et hyggelig tiltak for deltakerne de to dagene i uka de er med. Dette er det viktig å få formidlet! Bruk gjerne visuelle hjelpemidler som bildet som ligger vedlagt, eller be om at vi kommer på besøk med hunden. Forslag til spørsmålsformulering kan være: «Har du lyst til å møte en besøksvenn som har med seg hunden sin hit to ganger i uken? Hunden er snill, og synes det er veldig hyggelig å møte mennesker for å få litt kos.» Vedlagt ligger forslag til videre samtaleforløp.

Dersom personen uttrykker at dette er interessant, skal man gi personen ytterligere tilpasset informasjon om hva eventuell deltakelse innebærer. Gjennom denne samtalen vurderes det om personen er i stand til å gi samtykke til deltakelse eller om dette bør overlates til pårørende. Det å vurdere samtykkekompetanse i et forskningsprosjekt er uavhengig av om det tidligere er blitt vurdert samtykkekompetanse i forhold til helsehjelp. Plan for vurdering av samtykkekompetanse ligger vedlagt. Pårørende må uansett gis god informasjon i forkant og holdes informert under hele prosessen.

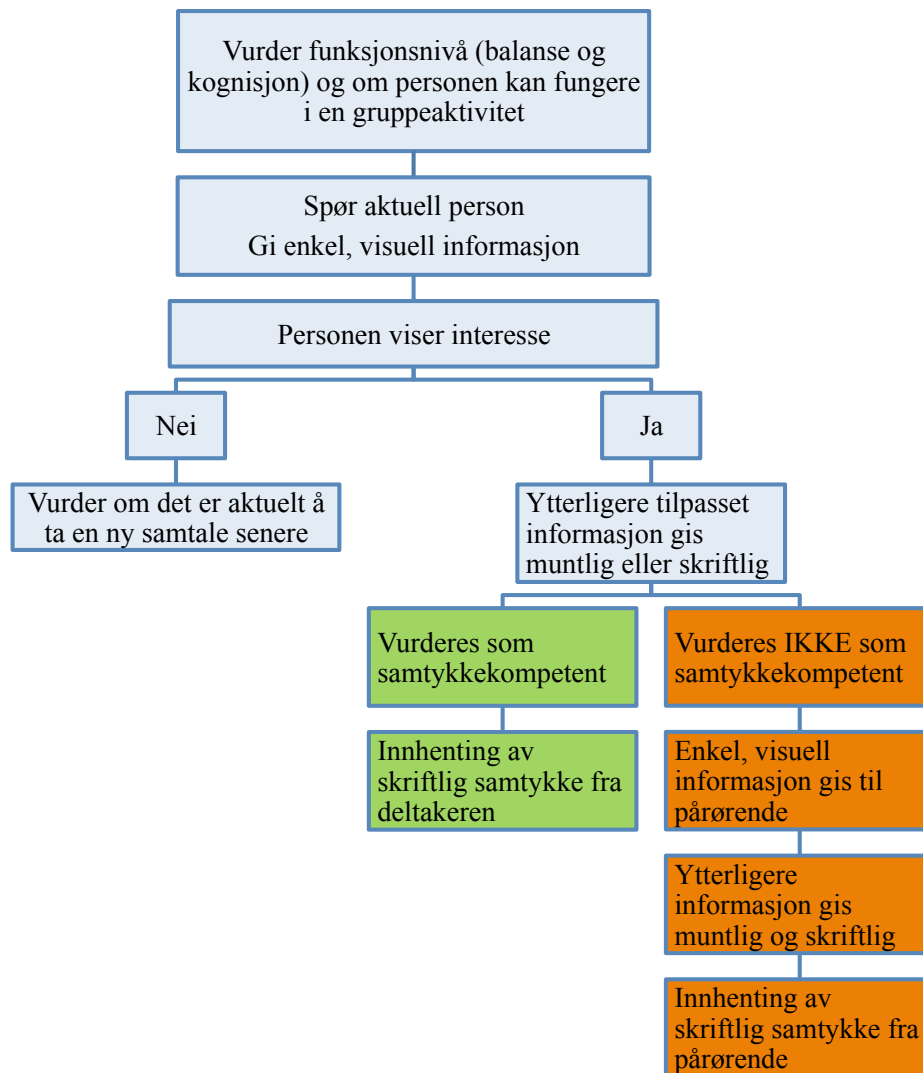
Siden dette er et forskningsprosjekt, er vi avhengig av at utvalget av deltakere er nokså likt når det kommer til alder og funksjonsnivå. Det er derfor satt noen kriterier, og disse er:

- ❖ Alder 65 år eller eldre
- ❖ At deltakeren har en demensdiagnose eller MMSE skår under 25
- ❖ Nedsatt balanseevne, slik at deltakeren mest sannsynlig skårer under 45 på Bergs balanseskala
- ❖ Ikke avhengig av rullestol
- ❖ Deltakeren kan ikke være manifest allergisk eller veldig redd for hunder

I og med at dette er inklusjonskriteriene, må skjemaet for MMSE fylles ut enten med tidligere skår/diagnose eller gjennomføres før deltakeren kan bli inkludert i prosjektet.

Samtykkeerklæringen må signeres av deltakeren eller pårørende.

Flytskjema over rekrutteringsprosessen



«Dyrebar omsorg»

Hvordan motivere deltakere?

Bruk dine gode erfaringer og kommunikasjonskompetanse i samtalen for å motivere.

Vi anbefaler, på bakgrunn av erfaringer, at én og samme pleier, som har satt seg godt inn i prosjektet, gjør denne delen av jobben. Det gir trygghet for alle parter.

Husk at mye informasjon på en gang oppleves som vanskelig, og at personer med demens da ofte vil si «nei», som er en forsvarsmekanisme for å skjule at man ikke forstår det du forklarer. Bryt derfor ned informasjonen i mindre deler.

BRUK GOD TID – SJEKK OM BRUKEREN ER I «SAMTALEMODUS».

Korte setninger for å sjekke interesse helt i starten kan f.eks. være:

(nå er vi i de grå boksene i flytskjemaet)

Vise frem bilde av en hund. «Se på dette bildet.» «Vil du hilse på en slik hund?»

«Har du hatt kontakt med hunder før?» (Og så prate litt om hunder....)

Ved JA: Ytterligere tilpasset informasjon kan f.eks. være:

(nå er vi nederst til høyre blant de grå boksene i flytskjemaet)

«Synes du det hadde vært hyggelig å være sammen med andre og for å kose dere med en hund?»

«Vil du være med i en slik gruppe med en hund?»

Her må du vurdere om brukeren er samtykkekompetent eller ikke. Husk at for mye informasjon og lange setninger kan oppleves som for vanskelig å forstå ved kognitiv svikt.

Hvis brukeren oppleves som samtykkekompetent til å delta i prosjektet – bruk litt informasjon fra invitasjonsbrev til deltakerne, stikkord kan være: *(og nå er vi i de grønne boksene i flytskjemaet)*

- «Gruppe 2 ganger i uka – vi skal bli med deg.» «Tror du at du klarer det?»
- «Vi skal holde på i 12 uker.»
- «Undersøke hvordan deltakerne opplever denne gruppeaktiviteten.»
«Pleierne skal gjøre flere vurderinger av deltakerne i prosjekttiden.» «Noen få, enkle vurderinger deltar du på.» «Vil du være med på det?»
- «Hensikt: Skal undersøke om jevnlig kontakt med hund kan gjøre at man kan få det bedre.»
- «Det er helt frivillig å delta.»

Vedlegg 5. Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltagelse i prosjektet "Dyrebar omsorg" for dagsenterbrukere som deltar i gruppe med hundassistert aktivitet

"Dyreassisterte intervensjoner med hund som helsefremmende tiltak for eldre personer med demens"

Du blir herved forespurt om å delta i et prosjekt som er et samarbeid mellom Universitetet for miljø- og biovitenskap, Høgskolen i Vestfold, AntrozoologiSenteret, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold og Nøtterøy kommune.

Bakgrunn og hensikt

Hovedmålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke om det å delta i ett av to forskjellige tilbud kan føre til at du får det bedre og om de kan endre forskjellige risikofaktorer for fall. Det ene tilbudet er en såkalt dyreassistert aktivitet og det vil innebære at du sammen med noen andre deltakere får møte og ha kontakt med en hund og dens eier.

Det andre tilbudet kalles dyreassistert terapi. Også her samles deltakerne i en gruppe sammen med en hund og dens eier, men her vil deltakerne delta aktivt i et mer målrettet program for å særlig fokusere på opparbeidelse av balanse, bevegelse, styrke og kognisjon. Personen som leder den hundeassisterte terapien er utdannet, og har spesiell kompetanse for denne type arbeid.

Både det å bare ha kontakt med en hund og eieren og det å aktivt gjøre noe mer spesifikt med hunden har tidligere vist seg å kunne være positivt både for å øke aktivitet og bevegelse, og styrke fysisk og mental helse.

Selv om det er gode erfaringer med disse tilbudene, vet vi ikke helt hvordan og om det virker, og derfor inviterer vi deg til å være med i dette forskningsprosjektet.

Hva innebærer studien

For å finne ut om det er noen effekt av disse tilbudene, må vi bruke vitenskapelige metoder. Det betyr at det må være tilfeldig hvem som får hvilket tilbud, og vi må også ha en gruppe som ikke får noe tilbud for å ha noe å sammenligne med.

Ditt dagsenter er trukket ut til å delta i gruppe med hundassistert aktivitet. Tilbudet med hund vil foregå i en gruppe på ca. 6 deltakere, og vil vare ca. 30 minutter. Dette vil skje to ganger i uka over 12 uker på dagsenteret.

For at vi skal kunne se om det er noen forskjeller på de deltakerne som får tiltak med en hund og de som fortsetter med sitt vanlige tilbud, må du svare på noen spørsmål. Det vil bli registrert medisinerbruk, og en av personalet vil fylle ut noen skjema om hvordan du ser ut til å ha hatt det i det siste. Dette vil bli gjort før tiltaket starter, underveis i tiltaket, når tiltaket avsluttes, og 3 måneder etter. På de samme tidspunktene vil det også bli foretatt måling av balansen din. Hver undersøkelse vil ta rundt en halv time og vil foregå på dagsenteret. Én gang i begynnelsen og én gang ved slutten av tiltaket vil det bli tatt videoopptak av gruppen

med hundeassistert aktivitet som du deltar i. Disse videotapene vil bli slettet når prosjektet er slutt. For å se på aktivitetsnivået ditt, vil du få utdelt en slags klokke ("Aktigraf"), som registrerer hvor mye du beveger deg. Denne klokken skal du ha på hele døgnet i én uke i begynnelsen, to ulike uker i løpet prosjektet, og én uke ved slutten av prosjektet. Klokken måler ikke hva du gjør eller hvor du er, men bare hvor mye du beveger deg. Når tiltaket er slutt er det mulig at én av dine nærmeste pårørende bli spurt om å delta i et individuelt intervju for å undersøke hvordan han/hun opplevde at du var med på dette prosjektet.

Mulige fordeler og ulemper

En fordel med å delta er at du vil oppleve en ny aktivitet på dagsenteret i 12 uker. En ulempe kan være at det kanskje kan oppleves som slitsomt å være med på denne aktiviteten to ganger i uken, og noen kan synes at det er ubehagelig at det skal registreres opplysninger og data om seg. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og ingen andre enn forskerne vil ha tilgang til disse. Du kan lese mer om dette under.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle skjema og måleinstrumenter som fylles ut, påføres et tall for den enkelte deltaker, og oversendes deretter til prosjektgruppen ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Koblingen mellom navn og tall vil oppbevares i låst arkivskap på dagsenteret. Koblingen mellom ditt navn og dette tallet vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Hvis du bestemmer deg for å bli med, kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra prosjektet. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt videre tilbud. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg som ikke allerede har inngått i en publikasjon slettes. Dersom du ønsker å delta, skal du undertegne samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du har noen spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Camilla Ihlebæk, eller noen av de ansatte vil hjelpe deg.

Alle opplysninger vil bli behandlet fortrolig og alle i prosjektet har taushetsplikt. Senest ved prosjektslutt 31. desember 2015 vil datamaterialet anonymiseres.

Deltakelse er gratis. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Christine Olsen
Stipendiat
E-post: christine.olsen@umb.no
Telefon: 64 96 52 96

Camilla Ihlebæk
Prosjektleder
E-post: camilla.ihlebak@umb.no
Telefon: 64 96 51 08

Samtykkeerklæring fra deltakeren

"Dyreassisterte intervensjoner med hund som helsefremmende tiltak for eldre med demens"

Jeg gir herved mitt samtykke til å delta i prosjektet. Jeg har mottatt og lest den skriftlige informasjonen om prosjektet og er inneforstått med at en signert kopi av samtykkeerklæringen oppbevares.

Deltakers navn med blokkbokstaver

Deltakers underskrift

Dato

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 6. Klinisk demensvurdering (KDV), skjema

Utredningsverktøy til bruk for HELSE-/OMSORGSPERSONELL OG SYKEHJEMSLEGE

Klinisk demensvurdering (KDV)

Hughes et al 1982

KDV vurderer kognitiv svikt og mulig demens samt eventuell grad av demens. Det er en betingelse at pleiepersonalet har observert pasienten i minimum 4 uker. Ved vurdering skal det kun tas hensyn til pasientens mentale evner. Det vil si at dersom annen funksjonssvikt er årsaken til at pasienten ikke fungerer tilfredsstillende på et eller flere områder, skal man prøve å korrigere for dette ved utfylling av skjemaet. Hvis det er vanskelig å avgjøre hvilken kategori pasienten tilhører, skal den høyeste kategorien velges. Begrepet eget hjem, vil si sykehjem.

Hukommelse

- 0 Ingen tap av hukommelse eller lett vekslende glemsomhet
- 0,5 Lett, men permanent glemsomhet, begrenset gjenkalling av hendelser, mild glemsomhet
- 1 Moderat hukommelsestap, mer uttalt for nylig inntrufne hendelser. Svekkelsen påvirker dagliglivets aktiviteter
- 2 Alvorlig hukommelsestap. Bare meget godt innlært materiale huskes, nytt materiale tapes raskt
- 3 Alvorlig hukommelsestap. Bare fragmenter igjen

Orienteringsevne

- 0 Helt orientert
- 0,5 Helt orientert, bortsett fra lette vanskeligheter med tidsforhold
- 1 Moderate vansker med tidsorientering, ved undersøkelse orientert for sted, geografisk desorientert andre steder
- 2 Alvorlige vansker med tidsforhold, vanligvis desorientert for tid, ofte for sted
- 3 Kun orientert for person

Vurderingsevne

- 0 Løser dagliglivets problemer og håndterer ærender og økonomi bra, vurderingsevne god sammenlignet med tidligere
- 0,5 Lett nedsatt evne til å løse problemer, likheter og forskjeller
- 1 Moderate vansker med å håndtere oppgaver, likheter og forskjeller, sosial vurderingsevne vanligvis bevart
- 2 Svært svekket evne til å håndtere oppgaver, likheter og forskjeller, sosial vurderingsevne vanligvis svekket
- 3 Ute av stand til å bedømme eller løse problemer

Hukommelse er primærkategori, og alle de andre er sekundære kategorier (SK). KDV = Hukommelse (H), hvis minst tre andre kategorier har samme skår som hukommelse. Hvis tre eller flere SK har en høyere eller lavere skår enn H, så er KDV = flertallet av de sekundære kategoriene, uansett på hvilken side av H det er flest SK. Hvis tre SK skåres på den ene siden av H og to sekundære kategorier skåres på den andre siden av H, så er KDV = H.

Samfunnsaktiviteter

- 0 Fungerer selvstendig i sitt vanlige arbeid, ved innkjøp, i frivillig arbeid og sosiale grupper
- 0,5 Lett svekkelse i disse aktivitetene
- 1 Ikke i stand til å fungere selvstendig i disse aktivitetene, men vil fortsatt kunne delta i noen, synes å fungere normalt ved tilfeldig møte
- 2 Vil ikke forvente selvstendig fungering utenfor hjemmet. Fremstår som bra nok til å bli tatt med på aktiviteter utenfor eget hjem
- 3 Vil ikke forvente selvstendig fungering utenfor hjemmet. Fremstår som for dårlig til å bli tatt med på aktiviteter utenfor eget hjem

Hjem og fritidsinteresser

- 0 Hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser er godt bevart
- 0,5 Hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser er lett svekket
- 1 Lett, men avgjort svikt i evnen til å fungere hjemme, vanskeligere husarbeid er oppgitt, mer kompliserte hobbyer og interesser er oppgitt
- 2 Kun enklere husarbeid er opprettholdt, svært begrensede interesser. Interessene er dårlig opprettholdt
- 3 Ingen fungering av betydning i hjemmet

Egenomsorg

- 0 Helt selvhjulpen med egenomsorg
- 0,5 Helt selvhjulpen med egenomsorg
- 1 Trenger påminning om å stelle seg selv
- 2 Trenger hjelp til personlig hygiene, påklledning og til å ta vare på personlige eiendeler
- 3 Trenger mye hjelp til personlig omsorg, ofte inkontinens

Vurdering – Følgende skala benyttes:

- 0 = ingen demens
- 0,5 = usikker eller lett svikt
- 1 = lett demens
- 2 = moderat demens
- 3 = alvorlig demens

Vedlegg 7. Godkjenning fra Regional Etisk Komite, REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Tor Even Svanes	22845521	05.09.2012	2012/1144
			Deres dato:	Deres referanse:
			19.06.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Camilla Ihlebæk
UMB
1432 Ås

2012/1144 Dyreassisterte- og robotassisterte intervensjoner som helsefremmende tiltak for eldre med demens

Forskningsansvarlig: Universitetet for Miljø- og Biovitenskap
Prosjektleder: Camilla Ihlebæk

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 16.08.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Fallulykker er en vesentlig årsak til skade, uførhet og dødelighet blant eldre i Norge, med eldre med demens som en ekstra utsatt gruppe. En reduksjon i faktorer knyttet til risikoen for fall vil være av stor verdi for den enkelte og for samfunnet. Formålet med studien er å undersøke eventuelle endringer i faktorer knyttet til risiko for fall hos eldre med demens som deltar i dyreassistert intervensjon eller robotassistert aktivitet. Studien gjennomføres som en clusterrandomisert, kontrollert studie som involverer pasienter ved 12 ulike sykehjem og brukere av 12 ulike dagsenter i tre fylker i Norge. Deltakerne vil være eldre (over 65) diagnostisert med demens, eller som har en kognitiv svikt (MMSE < 25). Intervensjonen vil bestå av 30 minutter to ganger i uken i 12 uker i grupper på 4-6 deltakere. Deltakere i kontrollgruppene vil følge sin vanlige behandling. I tillegg vil to kvalitative delprosjekter gjennomføres; dybdeintervju av pårørende og fokusgrupper blant helsepersonell.

Vurdering

Komiteen mener dette er en gjennomarbeidet søknad, ikke minst på grunn av en svært reflektert etisk drøftelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Komiteen viser til informasjonsskrivets del **Frivillig deltakelse**, hvor det anføres: *Dersom du trekker deg vil alle opplysningene om deg slettes.* Det bes om at det presiseres at opplysninger som har inngått i en publikasjon ikke kan slettes.

Videre bes det om at det anføres at studien er godkjent av REK, ikke tilrådd slik det nå står.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Informasjonsskriv skal revideres i tråd med det ovennevnte.

Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles, jf. helseforskningslovens §§ 9

Besøksadresse:
Nydalen allé 37 B, 0484
Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no