

Bacheloroppgåve 2008

Heimebuande med demens



HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2005

Kandidatnr. 31

Antal ord: 10 601

”Jeg vil leve det livet, som er mit, så længe det er muligt. Jeg vil leve, så godt det nu kan lade sig gøre den tid, jeg får. Jeg vil have lov til at gøre det, jeg kan. Jeg vil behandles med værdighed” (Andersson, 2007, s. 87).

Innholdsliste

1.0	Innleiing	3
1.1	Presentasjon av tema.....	3
1.2	Bakgrunn for val av tema.....	4
1.3	Oppgåva si disposisjon	5
2.0	Problemstilling	6
2.1	Bakgrunn for problemstillinga.....	6
2.2	Grunngjeving for og avgrensing av problemstilling.....	6
2.3	Definisjon av omgrepa i problemstillinga.....	7
3.0	Metode	9
3.1	Grunngjeving for val av metode	9
3.3	Val av data	10
4.0	Teorikapittel.....	12
4.1	Kva er demens?.....	12
4.2.1	Symptom ved demens	13
4.2.2	Dei ulike fasane.....	13
4.2.3	Personen som har demens	14
4.2	Sjukepleie til heimebuande personar med demens	16
4.2.1	Bevara dei praktiske funksjonane	18
4.2.2	Kartlegging av funksjonsevne.....	19
4.2.3	Behovet for hjelpemidlar i heimen	20
4.2.3	Miljøterapi.....	21
4.2.4	Samtalen/ kommunikasjon.....	21
4.2.5	Meistring og livskvalitet	24
4.3	Utfordringar i heimesjukepleien	26
5.0	Drøfting og diskusjon	29
5.1	Tryggleik i kontinuitet og kunnskap.....	29
5.1.1	Behov for eit kunnskapsløft.....	31
5.1.2	For mange hjelparar	34
5.2	Manglar det noko i omsorgskjeden?.....	36
6.0	Avslutning og konklusjon.....	39
7.0	Litteraturliste.....	41

1.0 Innleiing

I min oppgåve har eg valt å retta fokus mot heimebuade personar med demens. Eg ønske å sjå på korleis me kan bidra til at desse personane kan få bu heime lengst mogleg ved at me har fokus på å bevare deira kognitive funksjonar.

Omtrent halvparten av alle personar med demens er i ei tidleg fase av demensutviklinga og bur framleis heime. Den andre halvparten har ein moderat eller alvorleg form og er avhengig av tilsyn, hjelp eller pleie (Engedal, 2000).

Det forventes ei auke i talet personar med demens på nærmare 25% frå 1996 til 2020. Dette kan innebera om lag 10 000 nye tilfeller av aldersdemens i Noreg per år i tida framover. Behandlinga av demens vil derfor bli den største framtidige utfordringa i eldreomsorga (Hviding & Mørland, 2003).

1.1 Presentasjon av tema

Den gjennomsnittlege levealderen i samfunnet er i ferd med å bli høgare og høgare, dette medfører at det blir fleire og fleire eldre. Dette vil og medføra at det blir fleire personar med demens som treng omsorg, både på institusjon og heime. Spørsmålet er då om me er rusta for ei slik auke og om det er nok kunnskap til å hjelpe dei på best mogleg måte. Eg ønskjer å sjå på korleis heimesjukepleien er rusta for dette og kva som kan bli betre.

Engedal & Haugen (2005) seier at finnes i dag ca.65000 personar med demens i Noreg. Desse tala vil auke for kvart år som går.

Regjeringa har komme fram til ein langsiktigplan for å komme desse utfordringane i forkjøpet.

Demensplan 2015 har som mål å betra kvaliteten og styrke kompetansen og kapasiteten i tiltakskjeda for menneskjer med demens og deira pårørande, slik at dei kan oppleve ein tryggare og meir meningsfull kvardag, på tross av sjukdom og

funksjonssvikt. Demensplanen vektlegger dagaktivitetar, betre tilpassa butilbod og auka kunnskap, og inneheld konkrete tiltak og resultatmål for perioden fram til 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006).

Mennesker med aldersdemens utgjer ei stor pasientgruppe og me kjem til å treffa dei både på sjukehus, sjukeheim og heimesjukepleia. At me har kunnskap om denne gruppa og veit korleis me kan hjelpa dei på best mogleg måte, er viktig for å kunne gi dei den pleien dei treng.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Grunnen til at eg valde temaet demens er at eg jobbar med personar med demens og har gjort det i snart 7 år nå. Dette er ei gruppe menneskjer eg kjenner at eg verkeleg ønskjer å jobba med. I mitt arbeid har eg berre jobba med dei inne på sjukeheim, eg har derfor alltid lurt på korleis dei har hatt det heima. Har dei hatt sjukdommen lenge og kva tankar har dei gjort seg om korleis dei ønskjer å bli behandla før dei mista orda til å fortelja det. Kva hjelp kan me gi dei heime, slik at dei kan oppleva meistring og trivsel. Eg ønskjer å skrive om dette for å få meir kunnskap om dette fagfeltet.

Då eg leita etter relevant litteratur til oppgåva kom eg over ei bok som er skriven av Birgitta Andersson. Denne boka skreiv ho for venninna si Agneta Ingberg, som har fått diagnosen Alzheimer. Agneta fortel her om sin sjukdom i startfasen og kva tankar ho har gjort seg. Ho var sjølv obs på symptoma og bad sjølv om hjelp. Ho og mannen diskuterte korleis dei såg for seg framtida og la planar for korleis dei ønskte å få hjelp. Ho var klar over at det å ha mange forskjellige personar hjå seg for å få hjelp var noko som ikkje var bra og det å bli flytta seint i sjukdommen heller ikkje var gunstig. Utsegna hennar, som eg har med i byrjinga av oppgåva, sette ord på det eg jobbar mot når eg jobbar med pasientar med demens. Det er deira liv og dei skal få behalda sjølvkjensla si ved å få gjera det dei meistrar. Dette er mål eg ønskjer å jobba mot og det at dei får bu heima så lenge det lar seg gjera ser eg som eit viktig mål når ein samarbeidar med personar med demens.

1.3 Oppgåva si disposisjon

I kapittel 2 tar eg for meg metoden og val av kjelder. Kapittel 3 er teoridelen der eg går inn på demenssjukdomen og korleis den påverkar personen. Eg går deretter inn på sjukepleie til heimebuande personar med demens og korleis den kan vera med på å bevare funksjonane til personen. Kapittel 4 omfattar drøftinga mi, der eg går inn på kva område som treng betring for å kunna bevare den kognitive funksjonen lengst mogleg. I kapittel 5 avsluttar eg med konklusjon.

2.0 Problemstilling

Eg har på bakgrunn av teorien som eg har lest, og egne tankar om emnet, komme fram til følgjande problemstilling:

Korleis kan me som sjukepleiarar leggja til rette for at heimebuande eldre med demens bevarar sin kognitive funksjon lengst mogleg.

2.1 Bakgrunn for problemstillinga

Eg er opptatt av korleis ein kan bevare dei funksjonane som personane med demens har lengst mogleg, og etter kvart som dei forandra seg kunne finne andre måtar å støtta dei på som ikkje kjennes krenkande for dei. Og kunne gi dei ei kjensle av meistring sjølv om dei ikkje kan utføra det dei ein gong kunne. Eg har etterkvart blitt meir og meir opptatt av å sjå personen, ikkje berre sjukdomen som personen har. Demens er ikkje ein del av personlegdomen deira, det er ein sjukdomen som kan vere med å forandra den mot deira eigen vilje.

2.2 Grunngeving for og avgrensing av problemstilling

I oppgåva vel eg å fokusera på dei med mild eller moderat form for demens, då det er desse gruppene me oftast treffer i heimesjukepleien. Eg har valt heimebuande fordi eg har opplevd at det ikkje blir tid til å ta seg av desse personane på den måten som sjukdommen tilseier at dei bør få omsorg. Eg vel å fokusera på miljøterapi og korleis den kan vera med å hjelpa både oss og personar med demens i kvardagen. Den har fokus på meistring og relasjonar mellom personar.

Mennesket lever ikkje i eit vakum. Me er alltid i ein relasjon, alltid i ein samanheng, bunde saman av det som er rundt oss og definert av det. Alt kva me er og kva me gjer strøymar gjennom omgivnadane og relasjonane våre, og miljøterapien tar eit generelt utgangspunkt i dette. Vår evne til å relatera oss til vårt miljø blir vanskelegare når me

blir ramma av demens. Eit viktig prinsipp i miljøterapien er å tilrettelegga slik at kompleksiteten og krav i miljøet samsvarar best mogleg med evna personen med demens har (Wogn – Henriksen, 2007).

Relasjonen mellom sjukepleiarane og personen med demens er noko ein må opparbeida over tid for at personen kjenner seg trygg på oss og har tillit til at me kan hjelpa han. Når me følgjer opp personar med demens i heimen er meistring og livskvalitet noko som står i fokus, dette vil eg og ha fokus på i oppgåva mi. Eg vel difor å fokusera på samspelet mellom personen som treng hjelp og heimesjukepleiaren som yter hjelpa. Pårørande er ein stor ressurs for personen med demens, men for å kunne setja fokuset meir på personen, vel eg å sjå vekk i frå pårørande i denne oppgåva. Eg ønskjer å sjå på korleis heimesjukepleien kan legga til rette for at personen ikkje mister kognitiv funksjon raskare enn nødvendig, og kva som skal til for at heimesjukepleien skal kunne oppnå eit slikt mål. Eg brukar omgrepa personen med demens eller personen gjennom heile oppgåva, dette fordi personen ikkje er sjukdomen, men har ein sjukdom.

Som sjukepleiar er ein pålagt å vera oppdatert og er ein det så vil ein kunna gi fagleg forsvarleg sjukepleie til personane. Ved å fokusera på kunnskap om demens og kva utfordringar det får for både personen og pleiarane, vil resultatet bli at kvaliteten på omsorga til desse personane blir betre

2.3 Definisjon av omgrepa i problemstillinga

Dette er ei gruppe som kanskje ikkje får hjelpa på den måten som dei burde i forhold til sin sjukdom, og har derfor valt å fokusera på dei i problemstillinga mi. Etter kvart som eg søkte etter informasjon om denne gruppa fann eg ut at det ikkje var så mykje informasjon om akkurat denne gruppa.

Eek & Nygård (2006) har i sine undersøkingar sett at heimebuande med demens ofte har det vanskeleg fordi tenestene kjem i frå så mange forskjellige hjelparar. Når hjelpa dei får blir gitt i frå eit titals forskjellige personar i løpet av ei veka, blir det lett

vanskeleg og usikkert for ein persone med demens. Dei meiner at eit minimumskrav bør vera at det blir oppretta ei ordning der den heimebuande med demens får ein primærkontakt når dei mottar tenester frå heimetenesta.

Bevara kognitiv funksjon

Engedal & Haugen (2005) beskriv kognitiv svikt som eit funksjonstap som har oppstått på grunn av sjukdom, ikkje aldring. Det som karakteriserer denne tilstanden er svekka hukommelse og desorientering. Ein kan ha denne svikten utan at den går ut over korleis personen klarar seg i dagleglivet. Kognitiv svikt er ikkje ein sjukdom i seg sjølv, men ein følgjetilstand av sjukdom. Denne svikten er ofte det viktigaste symptomet på demens.

Ved å ta vare på den kognitive funksjonen meiner eg å ta vare på dei funksjonane personen har og som gjer til at han framleis kan bu heime. Desse funksjonane er til dømes å kunna stella seg sjølv og kle seg sjølv med rettleiing, laga enkle måltid (frukost, kvelds) og ikkje gå seg vill. Vårt mål blir å setja den enkelte i stand til å bruka sine ressursar maksimalt og respektera den identiteten som personen har på kvart tidspunkt av demenssjukdomen. Når personen beheld sine funksjonar lengst mogleg kan det føra til at han opprettheld sitt sjølvstende lenger. Desse funksjonane kjem eg nærmare innpå i teoridelen.

3.0 Metode

Når det gjeld metodeval så finnes det to hovudretningar, den kvalitative og den kvantitative.

Dalland (2001) seier at den kvalitative metoden tar sikte på å fanga opp meiningar og opplevingar som ikkje lar seg måla eller talfesta. Metoden blir brukt for å samla data som kan karakterisera eit fenomen. Den kvantitative metoden derimot tar sikte på å forma informasjonen om til målbare einingar, som igjen kan gjera det mogleg å rekna ut til dømes gjennomsnitt og prosent av ei større mengde. Begge metodane har som mål å sørgja for ei betre forståing av det samfunnet me lever i, og korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar

Ved kvalitativ forskning blir det peikt på det unike i situasjonar og hendingar. Resultata ein kjem fram til i denne type forskning byggjer på individuelle tolkingar.

Den kvantitative forskinga derimot viser til generelle samanhengar og forskjellar, der statistisk analyse er ein grunnpilar (Olsson & Sörensen, 2006).

Tranøy (1986) seier at metoden er det som fortel oss korleis me vil komma fram til resultata. Ho definerer metode som ein framgangsmåte for å finna kunnskapar eller å finna ut om påstandar som utgjev seg for å vera truverdige, er haldbare.

3.1 Grunngeving for val av metode

Dalland (2001) seier at den kvalitative metoden tar sikte på å fanga opp meiningar og opplevingar som ikkje lar seg måla eller talfesta. Metoden blir brukt for å samla data som kan karakterisera eit fenomen. Den kvantitative metoden derimot tar sikte på å forma informasjonen om til målbare einingar, som igjen kan gjera det mogleg å rekna ut til dømes gjennomsnitt og prosent av ei større mengde. Begge metodane har som mål å sørgja for ei betre forståing av det samfunnet me lever i, og korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar

Ved kvalitativ forskning blir det peikt på det unike i situasjonar og hendingar. Resultata ein kjem fram til i denne type forskning byggjer på individuelle tolkingar.

Den kvantitative forskinga derimot viser til generelle samanhengar og forskjellar, der statistisk analyse er ein grunnpilar (Olsson & Sörensen, 2006).

Tranøy (1986) seier at metoden er det som fortel oss korleis me vil komma fram til resultata. Ho definerer metode som ein framgangsmåte for å finna kunnskapar eller å finna ut om påstandar som utgjev seg for å vera truverdige, er haldbare.

3.3 Val av data

Når ein skal gjennomarbeida og analysera data kan ein dela det inn i tre fasar. I den første fasen blir temaet valt, den andre fasen består av å finna problemstilling, medan den tredje går ut på å systematisera dei data ein har innhenta. Før ein hentar inn data må ein ha temaet klart. På den måten kan ein analysera dei data som omhandlar teamet ein har valt i den andre og tredje fasen (Holme & Solvang, 1996).

Eg har i hovudsak søkt på Bibsys for å finna fram til relevant faglitteratur. Gjennom denne faglitteraturen har eg brukt litteraturlistene deira for å finna annan relevant litteratur. Ved å bruka søkeorda *heimesjukepleie*, *demens*, *aldersdemens*, *reminisens/erindring*, *meistring* og *kognitiv funksjon* har eg klart å finna mange bøker som er relatert til desse søkeorda. Eg brukte og desse orda når eg søkte etter artiklar og fann mange artiklar, men ikkje alle var like aktuelle. Forsking er helst blitt gjort på sjukeheimar eller i omsorgbustadar. Dei som bur heime er det ikkje blitt fokusert like mykje på. Når eg har søkt etter artiklar og forskning har eg brukt tidsskriftbasane SWEMED+, Oxford Journals, Tidsskrift for Den norske legeforening, sygeplejersken.dk og aldringoghelse.no. Det var i SWEMED+ eg fann flest artiklar som eg vil bruka, m.a. ”Erindringsarbeid i en travel hjemmetjeneste – er det mulig?”. På sygeplejersken.dk. har eg funnet ein artikkel som er relevant for heimebuande eldre i forhold til hukommelse ” Forebyggende besøg: Glem ikke hukommelsen”. Eg har brukt nokre kapittel i pensumlittersturen som er relevante for mi oppgåve.

Kjeldekritikk er i følge Dalland (2001) å karakterisera og vurderer den litteraturen som blir brukt i oppgåva. Eg har valt nyare bøker og artiklar på grunn av at faget er i stadig utvikling og litteraturen reflektere dette. Når eg vel nyare litteratur er eg sikrere på at dette samsvarar mest mogleg med tenkinga innan faget i dag. Mange av dei bøkene eg har brukt er skrivne av personar som jobbar innanfor alderspsykiatri og held på med forskning innan dette området. Eg reknar dei difor for å vera relevante for meg og mi oppgåve. I forhold til artiklane mine så er ikkje alle forskingsartiklar, dette fordi eg ikkje fann forskingsartiklar i forhold til det eg ville trekka fram i diskusjonen. Flestedelen av desse artiklane er skrivne på bakgrunn av prosjekt som er blitt gjort både her i landet og i Danmark, og er ein slags rapport i forhold til dei prosjekta. Eg meiner dei er relevante for mi oppgåve og vel derfor å bruka dei.

Oppgåva sin reabilitet er eit mål på kor påliteleg oppgåva er. Validiteten til oppgåva blir beteikna av den innsamla litteraturen sin relevans for problemstillinga (Dalland, 2000).

4.0 Teorikapittel

”Når man har det her i sig, Alzheimers sygdom, er der noget, som gør knuder i hodet. Det er noget, som jeg ikke kan påvirke, hverken ved at stå på hodet, gøre gymnastikk øvelser eller ved at spise fornuftig. Jeg kan intet gøre” (Andersson, 2007, s 82).

4.1 Kva er demens?

Demens er ei felles nemning på ein tilstand som kan vera forårsaka av forskjellige organiske sjukdommar. Kjenneteikna ved desse sjukdommane er at dei gir ein kognitiv svikt som er kronisk og irreversibel. Personen som blir ramma begynnar å få ei sviktande evne til å utføra aktivitetane i dagleglivet på ein tilfredstillande måte samanlikna med tidlegare, ein vil og kunne sjå ei endring i den sosiale åtferda (Engedal & Haugen, 2005).

For at ein skal kunna bruka omgrepet demens må alltid redusert hukommelse vera tilstades, og svikten i evna til å klare dagleglivet sine aktivitetar må kunna relaterast til reduksjonen av hukommelsen (Engedal & Haugen, 2005).

Det er ofte fleire faktorar som spelar ei rolle i symptomatologien ved demens. Menneske med forskjellige meistringsevner og personlegdom blir ramma, og sjukdommar med forskjellige skademønster i hjernen fører til demens. Derfor vil ein i startfasen sjå eit klinisk bilete som er forskjellig frå person til person. Andre ting som stress og somatisk sjukdom vil og kunne påverka sjukdomsbilete. Etter kvart som demenstilstandane utviklar seg, noko som ofte er tilfelle, vil dei forskjellige demenssjukdomane presentera seg meir og meir likt. Sjølv om det kan finnast store forskjellar i korleis aldersdemens presenterar seg klinisk er det og mange likskapar. Alle som blir ramma har hukommelsesproblem og får etter kvart vanskar med å klara si eigenomsorg (Engedal, 2000).

4.2.1 Symptom ved demens

Kognitive symptom er sviktande hjelpsemd, svekka læringsevne og hukommelse, svekka språkevne (ordleiding, redusert flyt i talen), Apraksi (konstruksjon, ideasjonell, ideomotorisk), handlingssvikt, Agnosi (manglande evne til å gjenkjenna eller identifisera objekt), svekka forståing av handling i rom, svekka intellektuelle evner (Engedal & Haugen, 2005).

Åtferdsmessige symptom er depresjon, tilbaketrekking, angst, panikk, katastrofereaksjonar, vrangførestillingar, illusjonar, hallusinasjonar, personlegdomsendring, rastlaushet, motorisk uro, vandring, apati, interesselaushet, irritabilitet, aggressivitet, repeterande handlingar (roping, hamstring), forandra døgnrytme (Engedal & Haugen, 2005).

Motoriske symptom kan vera muskelstivhet, styringsproblem, balansesvikt, inkontinens (Engedal & Haugen, 2005).

4.2.2 Dei ulike fasane

Ein kan dela demenssjukdommen inn i tre fasar. I startfasen som Engedal (2000) kallar kompenseringfasen, kan ein sjå dei første teikna til mental svikt i form av sviktande hukommelse. Denne svikta viser seg helst i forhold til nær fortid, til dømes at personen gløymer å handla, gløymer avtaler og gløymer å eta. Tidsorienteringa kan svikta og ein kan observera at nokre leitar etter orda og har manglande flyt i talen. Andre teikn er manglande orientering i rom, og på grunn av det vanskar med å utføra enkle praktiske gjeremål som å kle seg skikkeleg og laga mat. I denne fasen av sjukdommen klarar dei fleste å bruka sine vanlege meistrings- og forsvarsmekanismar.

I den neste fasen, dekompenseringsfasen, byrjar personen å ha vanskar med å bruka sine tillærte meistringsevner, og han mister grepet på sitt tilvære. Han kan lett bli forvirra og på den måten mista fatninga. Dersom personen blir utsett for stress kan desse symptoma auka. I denne fasen bli hukommelsen forverra og hjå nokre blir

språkevna og orientering i rom dårlegare. Nokre av desse personane klarar ikkje å kommunisera språkleg, andre klarar ikkje personleg stell og andre går seg vill. Det er i denne fasen at flest av desse personane kjem i kontakt med helsevesenet (Engedal,2000).

Den siste fasen blir omtala som pleiefasen. Den er prega av motorisk svikt, inkontinens, manglande motorisk styring, balansesvikt og gangproblem. Dei fleste i denne fasen er totalt avhengig av fysisk pleie (Engedal, 2000).

4.2.3 Personen som har demens

”Meget kan man lave sjov med. Inden man får diagnosen! Man kan fortælle om pudsige tilfælder med uventet dårlig hukommelse og le ad dem, men rammes man af demens, er det ikke lige så morsomt mer” (Andersson, 2007, s79)

Engedal & Haugen (2005) seier at ein ikkje kan utelukka at den eldre framleis er ein person som, sjølv om han har ein hjerneorganisk lidning, aktivt reagerar og tilpassar seg sjukdommen. Dette er ikkje eit individ som passivt utviklar symptom og veremåte, men eit ansvarleg levande menneske som ut i frå endra og avgrensa føresetnadar prøve å meistra og kontrollera sitt tilvære etter kvart som sjukdommen utviklar seg. Det første steget for å sjå personen er å lytta til han og prøva å forstå reaksjonar og fanga opp behov og ønskje.

” Vores referenceramme bør ikke længere være person-med-DEMENS, men PERSON-med-demens” (Kitwood, 1999:17).

Menneke blir påverka av sine omgjevnadar og vil til ei viss grad sjølv påverka omgjevnadane. Når demens rammar påverkar dette vår evne til å relatera oss til vårt miljø. Det å då kunna leggja til rette for at miljøet sin kompleksitet og krav samsvarar best mogleg med evna til personen med demens har å forhalda seg til, er eit viktig miljøterapeutisks prinsipp (Wogn-Henriksen, 2007).

Svikten hjå den enkelte er ikkje definitiv og absolutt, men kan innanfor gjevne grenser variera frå dag til dag, og frå situasjon til situasjon. Både fysiske, psykiske og sosiale forhold verkar truleg inn på faktisk åtferd og funksjon på eit gjeve tidspunkt. Den reaksjonen personen med demens har på situasjonen, samt kvaliteten i samspelet med andre, kan vera med på å påverka demenssjukdommen si utvikling på godt og vondt for det enkelte menneske (Kitwood, 1999).

4.2 Sjukepleie til heimebuande personar med demens

I ei personfokusert tilnærming har ein enkeltpersonen i sentrum. Då rettar ein si merksemd mot personen si livshistorie, identitet, verdiar, livsførsel og normer, opplevingar, ønskje, forståing og relasjonar i formelt og uformelt nettverk, framfor å ha eit einseitig fokus på hjerneskaden, sjukdomen eller funksjonshemminga. Opplysingane personen sjølv gir oss er med på å byggja premissane for tenesteutøvinga (Lillehovde, 2007).

Sjukepleiaren sin funksjon i heimesjukepleien til personar med demens er å sørgja for tryggleik og forutsigbarhet, samtidig som ho skal ivareta dei praktiske funksjonane personen har lengst mogleg.

Fjørtoft (2006) seier at ein person med demens har behov for hjelp til daglege aktivitetar eller tilsyn. Truleg blir tilsynsoppdrag oftare brukt hjå personar med demens enn hjå andre. Andre prioriterte oppgåver for heimetenesta er fysiske behov, som behov for personleg hygiene, mat og medisinar. Det er lite dokumenter kor mykje tid ein brukar til sosial kontakt, fellesskap og ulike aktivitetar.

Ved å kartlegga kva personen framleis meistrar, kan ein leggja grunnlaget for ei god og tilrettelagt samhandling, behandling og omsorg.

For heimesjukepleien hadde det vore fint å komma inn i kompenseringsfasen. Der personar flest framleis kan gjera greie for kva ønskje dei har og kan setja ord på korleis dei ser for seg framtida. På denne måten kan me sørgja for at dei får bruka medbestemnings retten sin. Me kan gi dei eit bilete av korleis me kan hjelpa dei etterkvart som dei vil trenga meir hjelp. Dette kan vera ein vanskeleg samtale for personen med demens, men kanskje kan den gi han tryggleik i å veta at han kan få hjelp når han skulle trenga det.

Haugen (2007) hevdar at det har vore liten merksemd rundt kva hjelpebehov personar i tidleg fase av demenssjukdomen har. Det burde vore ein sjølvstøtt ting at ein etter at

diagnosen er stilt, gjer ei vurdering på kva slags hjelp den som er ramma av sjukdomen og familien treng. Eit enkelt tilbod dekkjer ikkje alle behov, det er difor nødvendig å ha tilgang på eit spekter av miljøtiltak.

Respekt for det enkelte menneske sitt eigenverd og livsførsel er utgangspunktet for all pleie og omsorg til personar med demens. Det er alltid ei utfordring å ta vare på personen sin sjølvbestemming når personen ikkje lenger kan gi uttrykk for sine ønskje. Det kan oppstå ein konflikt mellom deira ønskje og helsepersonellet og pårørande sine ønskje. Det er vanskeleg å vita kor grensa skal gå, eller når og om ein skal gripa inn med ulike tiltak (Fjørtoft, 2006).

Når personen kjem til dekompeniseringsfasen er sjukdomen kommen så langt at når me skal samla informasjon om personen, så er me nøydd til å gå til sekundære kjelder som pårørande eller andre nære kjenningar. Dette kan gå utover personen sin medbestemningsrett i og med at me får informasjonen frå andre enn den det gjeld.

Etter kvart som sjukdomen utviklar seg så vil personen som har demens ha få moglegheiter til å ta avgjerd eller ta ansvar som gjelder ein sjølv. Desse oppgåvene blir overtatt av pårørande og helsepersonellet når personen ikkje lengre meistrar dei sjølv. Det som er det grunnleggande i denne situasjonen er at helsepersonellet møter personen med demens og pårørande med hjelpsemd, respekt og interesse (Fjørtoft, 2006).

I Danmark har dei noko som heiter pleietestamente. Ved å skriva eit slik får ein moglegheit til å gi uttrykk for kva form for pleie og omsorg ein ønskjer, dersom ein ein dag blir ute av stand til sjølv å uttrykka det. Meininga er at personen med demens skal kunna skriva eit slikt mens han enno kan det og at det blir levert til det rette pleiepersonalet når ein har behov for pleie. Dette fungerer som ei rettleiing for pleiepersonalet eller pårørande og dei skal respektera det så langt det er mogleg (Borger.dk, 2008).

4.2.1 Bevara dei praktiske funksjonane

Dahl (2005) kallar desse funksjonane for praktiske dugleikar som ein treng for å kunna fungera i dagleglivet, desse blir svekka ved demens. Daglege rutinar som å vaska og kle seg om morgonen kan falla ut. Det blir vanskelegare til dømes å knappa igjen knappar, få på seg kledda rett vei og bruka varmt- og kaldtvatnskranane på rett måte. Dei blir avhengige av at nokon minner dei på at dei skal eta og drikka tilstrekkeleg, dette på grunn av at dei kan ha ei svekka kjensle for svolt og mettheit og fordi dei gløymer å eta.

Det må vera trygt og forsvarleg å bu heime enten dei bur åleine eller saman med pårørande. Målet for sjukepleien til personar med demens er i følge Fjørtoft å fremma livskvalitet og bevara restfunksjonane. Målet er og å ta vare på dei gode dagane og augneblinka for sjukdomen blir ikkje betre. Me må finne ut kva som kan gi slike gode opplevingar og leggja til rette for at dei blir brukt i samhandling med personen. For å kunna få fram desse gode opplevingane krev det engasjement, omtanke og kreativitet frå heimesjukepleien si side, men det treng ikkje krevje så mykje tid. Ei god oppleving kan til dømes vera ein tur i sola, drikka kaffi saman, lytta til musikk eller noko så enkelt som ein klem (Fjørtoft, 2006).

Orem seier at sjukepleien sitt mål er at pasienten sjølv utfører dei funksjonane som oppfyller vedkommande sin eigenomsorgskrav og fremmar helse og velvære. I den grad dette ikkje er mogleg, er det sjukepleiaren sitt mål å hjelpa den pleietrengande og overta ansvaret for pasienten sin eigenomsorg der det er nødvendig (Kirkevold, M 2005).

Orem og Fjørtoft har same tankegang når det gjeld pasientar som ikkje lenger klarar å ivareta sin eigenomsorg, dei seier begge at ein må la personen gjera det han enno meistrar og hjelpa han å ivareta den eigenomsorgen han ikkje lenger meistrar. Då er det viktig å ha skikkelege pleieplanar som seier kva pasienten meistrar og kva han treng hjelp med. Samtidig må ein vera flink til å oppdatera denne planen etter kvart som pleiebehovet forandrar seg.

4.2.2 Kartlegging av funksjonsevne

For å kunna gi god hjelp i kvardagane til ein person med demens må ein kartlegga kva han treng hjelp og støtte til.

Kartlegging og utredning av pasienten si funksjonsevne bør gå føre seg i personen sin heim. Denne prosessen må vera kontinuerleg, på den måten kan ein fanga opp endringar etter kvart som sjukdomen utviklar seg. Målet med dette er at dei skal så langt som mogleg kunne få tenestetilbodet skreddarsydd sine behov. At ein kjenner personen er ein føresetnad for å kunna tilpassa hjelpa og møta hans spesielle behov (Fjørtoft, 2006).

Når ein skal vurderer kor vidt personen kan bu heime lenger, er det ikkje nok å kartlegga grad av kognitiv svikt og fungering i ADL. Ein må og ta omsyn til personen sin eigenoppleving av situasjonen og aktuelle behov. Om ein ikkje gjer dette kan ein risikera å gjera store feil i vurdering av tiltak (Engedal & Haugen, 2005).

Ved observasjon kan sjukepleiaren observere personen sine evner til å løysa enkle oppgåver i samband med måltid, personleg hygiene, av- og påkleding og mobilitet. Det er og viktig at heimesjukepleiaren får informasjon om korleis omgjevnadane opplever personen si sjukdomsutvikling. For å kunna setja i gong dei rette tiltaka og leggja ein plan framover, må ein gjera ei kartlegging og dokumentasjonen av symptom og eventuelle andre sjukdomar eller problem. Det er til stor hjelp for personar med demens å ha dagen lagt opp med faste haldepunkt og eventuelt eit dagsprogram med faste rutinar (Dale, 2004).

Sjukepleiarane har verktøy som kan vera med på å hjelpa dei å vurderer kva hjelpebehov personen med demens har i forhold til dagleglivets aktivitetar (ADL.funksjonar). Verktøyet målar dugleik i dagleglivet – Rapid Disability Rating Scale (RDRS-2). Den kartlegg funksjonsnivået til personen i forhold til 21 ulike daglege aktivitetar. Skåren er på ein skala frå 1-4, kor 1 betyr ingen hjelp, 2 betyr litt hjelp, 3 mykje hjelp og 4 at personen ikkje klarar å utføra oppgåva sjølv i det heile tatt. På dette skjemaet blir følgjande funksjonar vurdert: forflytte seg sjølv, utfører

personleg hygiene sjølv, lagar brød mat osv. (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006).

Eg har lagt ved eit slik skjema i oppgåva. (Vedlegg 2).

4.2.3 Behovet for hjelpemidlar i heimen

Demens fører til redusert funksjon i dagleglivet. På grunn av redusert hukommelse og desorientering oppstår det mange utfordringar og farlege situasjonar i kvardagen for personar med demens. Problema kan vera alt i frå fall, vandring, tidsorientering, bruk av apparat i huset og meistring av daglege aktivitetar. Dette kan føre til utryggleik og redusert livskvalitet. Når me skal leggja til rette i kvardagen for personar med demens, er det viktig å kjenna til kva hjelpemiddel som er tilgjengelege. Desse hjelpemidla kan vera med på å auka sjølvstende i kvardagen og førebyggja og varsle om skade. Døme på slike hjelpemiddel er komfyrvakt, tryggleiksalarm, elektronisk kalender og automatisk nattlampe som blir slått på når personen går ut or senga. Ein må heile tida vurdere om personen er i stand til å bruka hjelpemidla, då det hjelper lite med tryggleiksalarm dersom han ikkje forstår korleis han skal brukast (Fjørtoft, 2006).

Helsepersonell og pårørande er samde om at tryggleik er det viktigaste å sikra for personar med demens som bur heima. Eit viktig aspekt er å hindra at personar med demens kjem til skade. Tekniske hjelpemiddel kan vera ein strategi, men like viktig er å rydda heime. Ein kan fjerne ting og væsker som kan vere farlege, fjerne teppe ein kan snubla i. Montera rekkverk i trappene og utbetra belysninga er andre tiltak ein kan utføra. Her må ein respektera at personen vil ha heimen sin som den alltid har vore og arbeida saman med han og pårørande for å finne ein middelveg (Holthe, 2007).

4.2.3 Miljøterapi

Miljøterapi er eit vidfemnande omgrep med svært mangetydig innhald, den gjenspeglar meir ei tenking enn ein metode. Miljøbehandling dreiar seg om korleis fysiske, psykiske og sosiale forhold kan tilretteleggast for å oppnå optimal trivsel, meistring og personleg vekst. Den dreier seg og om å utvikla kunnskap om og noko grad av kontroll over nokre av dei kreftene menneske blir påverka av (Wogn – Henriksen 2007).

Wogn.Henriksen (2001) skriv at det er brei semje om at miljøbehandling og styrking av personalet sin relasjonskompetanse er sentrale komponentar i behandlingstiltak til personar med demens. Mange har etterlyst tilnærmingar der den demensramma sine behov og kompetanse står i sentrum, og der ein legg vekt på det unike og individuelle ved den enkelte person.

Miljøet må vera tilpassa personen sine behov og situasjon for at ei skal kunna utnytta miljøet sine terapeutiske moglegheiter. Når sjukepleiaren tilrettelegg terapeutiske mål, må desse samsvara med ressursane og føresetnadane til personen med demens. Dei som er i miljøet rundt personen må ha ei grunnforståing av lidinga. Dei fysiske omgjevnadane og atmosfæren rundt personen har stor tyding for personen (Hummelvoll, 2005).

4.2.4 Samtalen/ kommunikasjon

*”Man lægger jo ikke alting i hukommelsen, som Ulf siger.
Nej, men hvor lægger man det så?” (Andersson, 2007, s 80).*

At ein er klar over kor viktig kommunikasjon er i samarbeid med personar med demens er viktig for å kunna hjelpa dei på best mogleg måte. Gjennom kommunikasjon kan ein skapa ein relasjon til personen.

Aspekta ved kommunikasjon får ei spesiell tyding i alderdommen på grunn av vekselverknaden mellom sjølvbilete mange eldre menneske får etter kvart, og den

innskrenkande mengda av bekreftande samvær og kommunikasjon som dei deltar i. Ved hukommelsessvikt og forvirring er det viktig at me som omsorggivarar utviklar hensiktsmessige, tålmodige og respektfulle måtar å gi hjelp til den eldre som har problem med å uttrykka seg (Heap, 2002).

Kommunikasjon er alle dei prosesser som menneske påverkar kvarandre gjennom. Det handlar om å etablere felles meiningar, felles forståing og det å kunna utveksla meningsfulle signal mellom to eller fleire individ. Når ein snakkar saman kommuniserer ein både behov, kjensler, lyst, preferansar, tankar og meiningar. Produktet av denne kommunikasjonen er relasjonen. Behovet for å relatera seg til andre blir av mange sett på som mennesket si mest fundamentale drivkraft, eit eksistensielt grunnvilkår. Djupt inne i oss ligg det eit behov for å kommunisera. Vårt behov for å bli møtt som den me er universelt. Ingenting tyder på at dette blir mindre viktig utover i demensprosessen (Wogn-Henriksen, 2006).

Informasjon, relasjon og tid er avgjerande faktorar for god samhandling i følgje Fjørtoft (2007). Det er krevjande å gi informasjon til personar med mentalt svekka kapasitet, me må derfor informera på ein slik måte at det blir begripeleg og handterbart for den som skal motta det. Det betyr mykje at personen har tillit til hjelparen, derfor må ein ikkje undervurdera tydinga av relasjonen mellom dei to partane. Den personlege faktoren er med på å gjera at nokre pleiarar lukkast meir enn andre i å skapa ro og tryggleik.

Det å ikkje kunna forstå bakgrunnen for handlingane når ein person ikkje lenger kan ytra seg verbalt, kan føra til stor frustrasjon hjå både sendar og mottakar. I dagens demensomsorg prøver ein å forstå denne emosjonelle kommunikasjonen som skjer i samhandling med personen med demens. Det vil sei at ein gjer seg ei tolking av signal om kva som føregår på eit indre plan hjå personen. Det å forsøka å forstå kva personen ønskjer å uttrykka blir ein viktig reiskap i den individuelle tilrettelegginga av behandling og omsorg. Vidare formidling, i form av rapport, om kva signal personen med demens gir og kva det betyr i aktuelle situasjonar, blir sjeldan gjort. Omsorgsoppgåvene blir registrert i hovudsak som fysisk omsorg (Eek & Nygård, 2006).

Spesielle kommunikasjonsmetodar som reminisens, validering og realitetsorientering kan nyttast i kommunikasjon med personar med demens. Reminisens tyder erindring og gjenkalling, medan validering tyder å stadfesta. Når ein brukar realitetsorientering nyttar ein moglegheitene som ligg i å informera personen om kva som skal skje, og kva som skjer med dei (Mork Rokstad, 2000).

Hummelvoll (2005) deler desse kommunikasjonsmetodane inn etter kor personen er i demenssjukdomen. Realitetsorientering vil personen gjere seg best nytte av ved mild form for demens. Dette fordi tenkeevna er relativt godt intakt, og ønsket om sjølv å halda seg orientert er tilstades. Ein kan enda utfordra hukommelsen med konkrete spørsmål, men ein skal vera forsiktig slik at dei ikkje gir personen ei nederlagskjensle. Reminisens eignar seg særleg godt for gruppesamlingar på dagsenter eller institusjon. Føresetnaden for denne type kommunikasjon er at ein kjenner personen sitt tidlegare liv. Validering kan ein bruka ved moderat og alvorleg grad av demens. I det stadiet av sjukdomen bør kommunikasjonen bera preg av å vera støttande, forklarande og trøstande. Personen med demens rører seg inn i eit landskap der kjensler og stemning blir opplevd sterkast, på den måten blir realitetane av mindre tyding.

I følgje Hummelvoll eignar reminisens seg best i grupper, men i Trondheim har personalet i heimetenesta fått opplæring i korleis dei kan bruka det både heime hjå personen og på dagsenteret. Dei ønskte å bidra til å styrka opplevinga av identitet og eigenverd hjå personar med demens. Samtidig som dei auke personalet sitt medvit om erindringsarbeidet sine ulike bruksområde som ei naturleg samværsform i kvardagen (Witsø, 2007).

”At glemslens hav i stigende grad oversvømmer landskapet, så bjergtinderne fremstår som isolerte øer i et hav” (Løvendahl, 1999 s.2).

Løvendahl (1999) skriver at personar med demens har problem med å finne fram i erindringslandskapet. Sjukepleiaren må derfor veta mest mogleg om livshistorien til personen, på den måten kan ho gjenskapa samanhengane som var der tidlegare og som ikkje umiddelbart er tilgjengelege i personen sin hukommelse. Reminisensarbeid kan vera med å hjelpa personen å holda fast i sjølvverdet og identiteten, det kan og førebygga isolasjon, redusera frykt og angst og forbetra livskvaliteten.

Wogn-Henriksen (2006) seier at føresetnaden for ein meningsfull kommunikasjon er å kunna klara å skru ned støyen frå vårt eige indre og byggja bru over til den andre. Sentralt her er empatien, som gjer til at me kan setja til side våre eigne private ting og gjera oss opne for den andre sine opplevingar og erfaringar.

4.2.5 Meistring og livskvalitet

Når ein arbeidar med personar med demens må ein ta omsyn til personen sine kjensler og meiningar. Det å ikkje trø over grensene deira og gi dei ei kjensle av meistring kan bli ei stor utfordring.

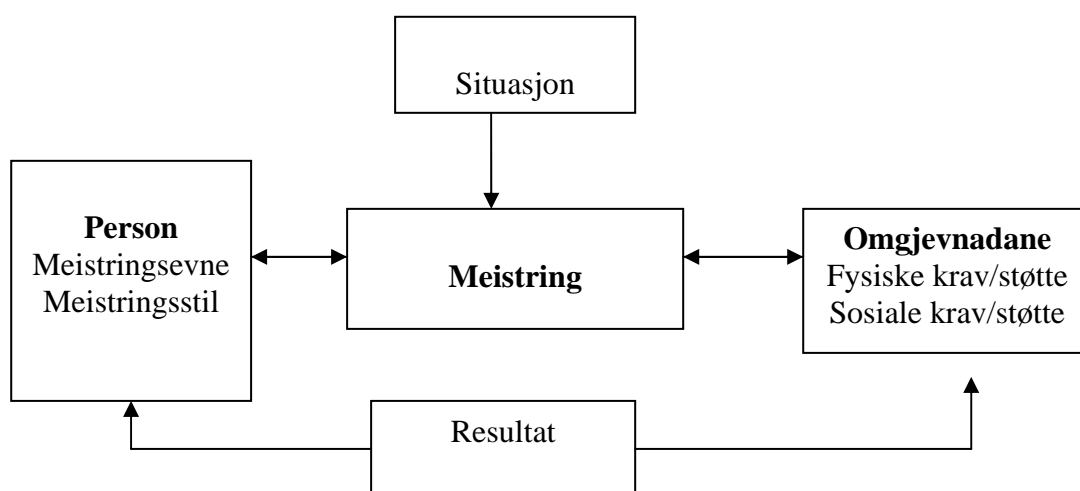
Når ein jobbar i heimesjukepleien møter ein menneske som treng hjelp til å meistra kvardagen heime på tross av kroniske lidingar. Dei trengjer hjelp til å leva eit så godt liv som mogleg på eigne premissar. Uavhengig av kva slags hjelp den enkelte treng, er livskvalitet og meistring sentrale mål i heimesjukepleien (Fjørtoft, 2006).

Livskvalitet er ein omgrep som blir knytt til mennesket si subjektive oppleving av ulike sider ved sin livssituasjon. Psykologen Siri Næss brukar omgrepet god livskvalitet synonymt med uttrykket ” å ha det godt” (Kristoffersen, N, J, 2000).

Rokstad, Horn, Skarstein & Stendal (1996) ønskjer å definera teikn på trivsel hjå personen med demens som teikn på livskvalitet. Utgangspunktet for ei slik forståing blir å kartlegga kva teikn ein kan registrera hjå personen som viser at han trivest i augneblinken. Teikn på trivsel kan observerast av pleiarar som er trena og som har god kjennskap til personen. Dette gir oss haldepunkt for å kunna sei at personen med demens opplever glede. Nokre døme på slike teikn er smil, latter, avslappa kroppshalding, god augekontakt og positive utsegner om og til omgjevnadane.

Eit slikt trivselsskjema kan vera utforma på mange måtar og eg har langt ved eit som vert brukt ved Olaviken alderspsykiatriske sjukehus. (Vedlegg 1).

Meistring kan definerast som ein person sine kognitive og åtferdsmessige anstrengingar for å handtera stress eller utfordrande situasjonar. Situasjonen rundt meistring kan vera akutt, ei ulykke, eller den kan vera ei gradvis forandring, som ved utviklinga av demenssjukdom. Det kjem ikkje an på kor vellykka meistringa er, både god og dårleg meistring er meistring. Utfallet av situasjonen er ikkje berre avhengig av kor hardt personen strever, men og av kor lett eller krevjande situasjonen er, og i kva grad omgjevnadane støttar eller hindrar meistring (Daatland & Solem, 2000).



(Daatland & Solem, 2000 s. 79)

Å gi hjelp til andre kan vera utrykk for noko av det beste i oss. Det er likevel ikkje lett å gi hjelp på måtar som styrker den som blir hjelpt. Både å gi og å ta imot hjelp er prega av sterke ibuande motsetjingar, og inneber så mange sjansar for feilgrep at begge parter lett kan komme ut av situasjonen både såra og frustrert (Heap, 2002).

4.3 utfordringar i heimesjukepleien

Omsorgstilbodet til personar med demens bør vera tilpassa den enkelte sin livssituasjon og funksjonsnivå. Behovet for hjelp vil bli større og større og omsorgstilbodet må gjenspegla det. Tenestetilbodet i kommunen må vera fleksibelt og koordinert, slik at det er mogleg å laga eit tilpassa opplegg for den enkelte. Engedal og Haugen omtalar dette som ein omsorgskjede som brukast til å beskriva dei ulike tiltaka som personen med demens kan ha behov for etter kvar som sjukdomen utviklar seg (Fjørtoft, 2006).

Omsorgskjeden – tilbod som er tilrettelagt for personar med demens:

- Diagnostikk og utredning
 - Oppfølging av utredninga
 - Samtalegrupper
 - Heimetenester: sjukepleie og heimehjelp
 - Dagsenter for personar med demens
 - Korttidsopphald
 - Bukollektiv
 - Sjukeheim
 - Skjerma einingar (differensierte)
 - Forsterka skjerma eining
- (Fjørtoft, 2006).

Lillesveen (2006) seier i si undersøking at dei siste 20 åra har det skjedd dramatiske endringar i kriteria for innlegging i institusjon for personen med demens. Personar med moderat grad av demens blir ikkje lengre prioritert til innlegging i institusjon, men får tilbod om hjelp i eigen heim.

Dette legg eit større press på heimesjukepleien i forhold til kunnskap om personar i denne fasen og korleis dei kan få det best mogleg heime med hjelp frå oss. Og i forhold til tilnæringsmåtar må sjukepleiaren tileigna seg kunnskap og bli bevisst på korleis ho kommuniserar med desse personane.

Personar med demens har som sagt behov for tryggleik og struktur for å kunna fungera i kvardagen. Dette kan bli vanskeleg å få til i heimesjukepleien då det er mange som kjem innom og utfører hjelpa og dei kan ikkje alltid kan komme på same tidspunkt kvar dag.

Haug (2005) meiner at det ikkje har skjedd forbetringar på eit spesifikt område og det er at brukarane har for mange hjelparar frå heimesjukepleien å forhalda seg til i kvardagen. Stadig nye hjelparar kjem heim til dei og dei veit ikkje kven som kjem frå dag til dag, dette gir dagane deira lite struktur og fører til at dei blir usikre. Stabiliteten i å ha same hjelpar gir tryggleik hjå personen som mottek tenesta. Det å vita kven som kjem, og at det er ein kjend person, reduserar mykje av det uvisse ved å ta i mot hjelp får det offentlege hjelpeapparat. Mange opplever at heimesjukepleien fungerer som ein tryggleik for dei, og at dei får hjelp viss det skulle oppstå noko ekstra. Dette er med på å sørgja for at dei kan bu trygt heime.

Kontinuitet i plejen er uhyre viktig. Den tryghed, der findes, ligger i det at være kendt og genkendt (Andersson, 2007, s. 86).

Når helsepersonellet skal leggja til rette for at personar med aldersdemens skal få eit tilfredstillande omsorgstilbod i sin eigen heim, står dei ovanfor mange utfordringar. I dag er det ein del kunnskap om kva som er eit godt bumiljø for personar med demens, men ein treng ytterlegare kunnskapar om korleis ein kan leggja til rette for at heimebuande som treng mykje hjelp, kan få best mogleg tilbod (Dale, 2004).

Engedal (2000) hevdar at organiseringa av heimebaserte tenester ikkje alltid er tilpassa dei behov personen med demens og deira pårørande har. Samstundes hevdar han at hjelparen bør vera den same over tid slik at det er mogleg for den eldre å gjenkjenna denne og ikkje ha ein kjensle av at heimen blir invadert av framande.

Korleis kan me då på best måte legge opp tilbodet slik at brukaren kjenner seg ivaretatt og trygg er spørsmålet.

Haug (2005) seier at brukaren og tenesteapparatet må kunna jobba saman for å få best mogleg utbytte av tenesta. Det er viktig at ein går gjennom forventingar ein har til

kvarandre, kva forventingar brukaren har til tenestetilbodet, og kva heimesjukepleien kan tilby. På den måten kan ein leggja fram klare retningsliner for kva innhaldet i tenestetilbodet er, rammer og kva som er innanfor, kva som fell utanfor rammene og kva brukaren kan forventar seg.

Føresetnaden for å kunna jobba saman med personen i å komma fram til best mogleg pleie er at me kjem inn tidleg i sjukdomen og får snakka med personen før han ikkje lenger kan gjera greie for sine ønskje.

5.0 Drøfting og diskusjon

I denne delen ønskjer eg å framheva område innanfor demenspleien som det er behov for å sjå nærmare på for å gjere pleia best mogleg.. Her brukar eg undersøkingar, artiklar og bøker til å drøfta kor det eventuelt er manglar og kva som kan gjerast. Desse områda går igjen i undersøkingar, artiklar og bøker i forhold til demens, som område der ein kan gjera meir. Desse punkta heng saman med å bevare kognitiv funksjon fordi ei forbetring på desse punkta vil vera med på å styrka kognitiv meistring.

5.1 Tryggleik i kontinuitet og kunnskap

Ein kvardag som blir sett opp slik at personen kjenner at han igjen meistrar kvardagen kan vera med på å gi han ei kjensle av tryggleik og ro. Struktur kan vera med på å auka den kognitive meistringa, fordi den hjelper personen å få kontroll på ein elles uoversiktleg dag. Tryggleik kan ein skapa gjennom samtale og ikkje minst ved at pleiaren kjenner personen si livshistorie.

Personar med demens mistar etterkvart erindringane om livet sitt og sine nærmaste. Kjensla av å mista deira livshistorie, livserfaringar og kunnskapar er svært smertefull for dei fleste. Desse personane har behov for mykje psykisk støtte og oppfølging gjennom heile sjukdomsforløpet (Fjørtoft, 2006).

Når personen har tapt kunnskap om seg sjølv og sitt eige liv så er det me som bør hjelpa han å få fatt i det igjen. Gjennom å skriva ned hans livshistorie kan me støtta han viss det er ting han gløymer og me kan bruka det som ein naturleg del av vår kommunikasjon med personen.

Westergård (2007) seier at å kjenne til personen si livsforteljing er ein viktig føresetnad for ei personfokusert tilnærming. Ved å kjenna livshistoria til personen, har ein eit betre grunnlag for kommunisera, skapa tryggleik og forutsigbarhet.

Engedal (2000) hevdar at dei heimebaserte tenestene ikkje alltid er organisert og tilrettelagt i relasjon til personen med demens og pårørande sine behov. Han etterlyser meir ”skreddarsaum” i tilbodet til personane med demens og deira pårørande i den kommunale omsorgstenesten.

”Over terskelen” prosjektet i Trondheim har som hovudmål at brukaren har ein oversiktleg og trygg kvardag med kjende tenester. For å oppnå dette målet har prosjektet lagt vekt på arbeidslagsmodell i heimetenesta, der ein tydleggjer primærsystemet og opprettheld fagkoordinatorrollen. Personane med demens får ei tverrfagleg utredning og vedtaka som brukarane får blir utvida. Dei har og fokus på kompetanseutvikling (Trondheim kommune, 2004).

Dette målet burde nok alle heimetenester tydeleggjera for sine tilsette og samstundes jobba ilag med personen og pårørande for å oppnå det målet. Ein person med demens har bruk for trygge rammer som definerar korleis dagen skal sjå ut. Dette er med på å skapa tryggleik for personen og gir han ein viss oversikt over kva som kjem til å skje.

Eit tenestetilbod som er lite planlagt og samstemt kan føra til forringing av kvaliteten på pleia for personar med demens seier Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal (2006). Når dette kjem i tillegg til at mange hjelparar er involvert, er det fare for at tenestetilbodet kan bli vilkårleg. Personen kan då bli prisgitt den enkelte hjelparen sine haldingar, innsikt og kjennskap til hans behov.

Det må leggest planar for tenesta slik at alle følgjer dei same rettingslinene og det bør opprettast eit slags team som har ansvar for å følgja opp dei personane som har demens i kommunen. Ein kan då venda seg til det teamet viss ein mistenkjer at nokon har begynnande demens.

Heimetenesta må få meir innsikt i korleis dei i dag organiserar ytingar og korleis dei kan utnytta arbeidskrafta meir effektivt. Slik kan ein sikra kontinuitet, forutsigbarhet og tryggleik for personen og hans psykiske helse (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006).

For å kunne utnytta arbeidskrafta meir effektivt kan ein bruka den kompetansen som allereie er i arbeidsstyrken, til dømes geriatriske sjukepleiarar eller andre som har jobba med og har interesse for denne gruppa personar.

Heimetenesta har lang erfaring med korleis ein løyser praktiske oppgåver, men noko mindre erfaring i korleis ein gir psykologisk støtte og hjelp til personar med demens. Mange kjenner seg unyttige dersom dei skal bruka arbeidstida til å sitja i ro og berre snakka (Engedal,2000).

Mange set pris på at ein set seg ned og slår av ein prat, kanskje er det nett det personen har bruk for den dagen. Når ein jobbar på sjukeheimane er det ro i miljøet som er eit viktig tiltak for å skapa ro og trivsel hjå personane som bur der. Når ein jobbar i heimesjukepleien har ein kanskje ikkje alltid moglegheita til å setja seg ned, men det å kunna skapa ro ved å vera roleg i kroppsspråket har mykje å sei.

Fjørtoft (2006) seier at det avgjerande for relasjonen er kommunikasjon. Me må kommunisera på ein måte som formidlar respekt og tryggleik. Den nonverbale kommunikasjonen blir ekstra viktig når språket blir svekka. Denne kommunikasjonen er kanskje sterkare enn orda våre.

5.1.1 Behov for eit kunnskapsløft

Kunnskap om sjukdomen gjer pleiarane tryggare i jobben og kan vera med å læra dei korleis dei kan observera tidlege teikn på demens. Auka kunnskapar kan og resultera i at sjukepleiaren får auka forståing og toleranse for åtferda til personen. Personane vil få ein betre omsorg, som igjen kan vere med å bevare funksjonar og auka meistringa. Rettleiing i personalgruppa, for å halde seg oppdatert og kunna ta opp ting som påverkar ein i jobben, er eit viktig tiltak.

I ei undersøking av heimebuande eldre over 75 år fant ein i Oslo at 1 av 10 leid av demens. Berre halvparten av desse var kjende av heimesjukepleien og dei færraste hadde fått diagnostisert sjukdommen av lege (Engedal, 2000).

Dette inneber at mange av dei som har bruk for å få kvardagen sin tilrettelagt ikkje ein gong har diagnosen, noko som gjer at dei kanskje ikkje blir fanga opp av systemet like godt som viss dei har ein diagnose.

Lillesveen (2006) såg i si undersøking at når heimesjukepleien vurderte behov for hjelp vurderte dei ikkje personen sine mentale funksjonar. Mange av personane i denne undersøking hadde klare symptom på demens, men inga demensdiagnose. Når ein vurderar om personen bør få hjelp i heimen bør ein og vurderer hans kognitive funksjon.

Dette inneber at mange av dei som har bruk for å få kvardagen sin tilrettelagt ikkje ein gong har diagnosen, noko som gjer at dei kanskje ikkje blir fanga opp av systemet lika godt som viss dei har ein diagnose.

For å kunne utføra dei oppgåvene som ein ventar eller som stillinga krev, må sjukepleiaren halda seg fagleg à jour. Dette vil sei at ein er fagleg og praktisk oppdatert. Dette er lovpålagt gjennom lov om helsepersonell (Fjørtoft, 2006).

I Danmark blei det i 1995 vedtatt ei lov om førebyggjande heimebesøk hjå eldre over 75 år. Dette tilbodet er frivillig. Formålet med denne lova er å oppprioritera den førebyggjande og helsefremmande innsatsen i forhold til eldre ved å skapa tryggleik og trivsel, samtidig som ein og gir råd og rettleiing om aktivitetar og støttmoglegheiter. Det blei ikkje alltid lagt så mykje fokus på demens ved desse besøka, det blei difor starta opp eit prosjekt som skulle setja fokus på hukommelsesproblem. "Gløym ikkje" hadde som formål og kartlegga førekomsten av hukommelsesproblem hjå personar som mottok førebyggjande besøk i heimen. Eit anna formål var å trenar den førebyggjande sjukepleiaren i vurdering av hukommelse og i å oppdaga tidlege teikn på demens. Resultatet av undersøkinga var at desse besøka var med på å opna moglegheiten for å snakka om hukommelsesvanskar og dei eldre ønskte å svara på spørsmål om sin hukommelse (Baungård, L m.fl, 2007).

Dette kunne kanskje vore noko me her i landet og kunne prøvd ut for å førebyggja helseplager hjå eldre og fått eit fokus på å oppdaga demens på eit tidleg stadium.

Samtidig kan dette føre til at demens og hukommelsetap ikkje fortsetter å vera eit tabubelagtområde som folk helst ikkje snakkar om, men ein sjukdom som ein treng hjelp for å takla.

I Trondheim har prosjektet "Over terskelen" hatt fokus på kunnskap om demens og ulike sider ved å jobba med personar med demens. Eit sentralt kompetansetiltak har vore rettleiingsgrupper som har vore opptatt av kvardagsutfordringar, og å utvikla samspelsdugleik og kommunikasjon med dei eldre.

Hyldmo, Nordhus & Hafstad (2004) hevdar at opplæring og rettleiing av helsepersonell er viktig fordi pleiepersonalet blir stilt ovanfor mange utfordringar når det gjeld observasjon, kommunikasjon og tiltak. Å tolka personen sine uttrykk for målretta og meiningsfull kommunikasjon er krevjande. Korleis personen blir møtt og forstått vil i stor grad blir avgrensa av stort arbeidspress.

Auka kunnskap og kompetanse hjå pleiarar om demenssjukdomen og dei utfordringar den fører med seg, samt å ha innsikt i eigen arbeidssituasjon, kan føre til at pleiarar begynner å sjå moglegheter der dei før såg begrensingar.

Stord kommune jobbar nå i desse dagar med å betra omsorga for personar med demens som bur heime. Dei har gjennom eit arbeidsseminar byrja å finna fram til tiltak som kan vera med å betra omsorga. For å få hjelp med dette har dei henta inn ressurspersonar innan demensomsorga til dømes frå Olaviken alderspsykiatriske sjukehus. For å gjere tenesta betre skal dei sjå på talet på pleiarar som er innom hjå personane og dei ønskjer å få til eit kunnskapsløft i personalgruppa. Samtidig vil dei sjå på organiseringa av omsorga og sjå om det kan gjerast noko for å betra denne slik at omsorga til personar med demens i kommunen vert betra (Sørli, 2008).

I lov om spesialisthelsetenesta har arbeidsgjevar ansvar for å leggja til rette for vidareutdanning og fagleg oppdatering for dei tilsette (Fjørtoft, 2006).

Mange kommunar jobbar i mot å få eit kunnskapsløft innan demensomsorga og dette er viktig for å kunna i møtekomma personane med denne sjukdomen i framtida. Ein kan då møta dei med pleiarar som kjenner at dei er trygge på at det dei gjer i forhold

til desse personane er mest mogleg slik det skal vera. Det er komme ut studiehefte frå Nasjonalt kompetansesenter for demens, demensomsorgens ABC, desse er berekna til bruk i intern tverrfagleg opplæring i studiegrupper. Desse kunne blitt brukt for å gi alt pleiepersonalet eit kunnskapsløft eller ei oppfrisking.

5.1.2 For mange hjelparar

Når det er for mange forskjellige pleiarar innom personen med demens, kan det føra til lite kontinuitet og mindre moglegheit til å følgja opp brukaren i forhold til korleis behova hans forandrar seg. I rundskrivet til kvalitetsforskrifta for pleie og omsorg står det at:

”Brukerne bør ha færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til. Det bør være en person som er ansvarlig for å koordinere den enkelte bruker. Bruker og pårørende må gjøres kjent med hvem dette er” (Sosial og helsedepartementet, 1997,s 10-11)

Dette skrivet gir oss ikkje noko tal på kva dei meiner med færrest mogleg tenesteytarar. Det seier oss at det ikkje er bra med for mange forskjellige pleiarar og at det bør opprettast eit primærkontaktsystem, som gjer det enklare for brukaren og pårørande å kontakta hjelpeapparatet.

I ein FOU- rapport frå 2001 kjem det fram at åtte personar med demens i ein kommune i Hordaland mottek 9 forskjellige pleiarar kvar veka. Det gjekk og fram av denne rapporten at det var hjelpepleiarar som gav mestedelen av hjelpa og at sjukepleiarar var sjeldan inne hjå desse brukarane (Stendal, 2001).

I ei litt større undersøking, der 24 kommunar var med, fann dei at personar med demens måtte forholde seg til 8 forskjellige pleiar i løpet av ei veka. Dei som leia undersøkinga hevdar at kvaliteten på omsorga vil bli forringa når 8 eller fleire ulike hjelparar gir omsorg til personar med demens. Spesielt gjeld dette personar med alvorleg grad av demens som ikkje lengre har evne til å gjenkjenna pleiarane. Dei meiner at dette kan føre til utryggleik og sannsynlegvis auka faren for at personane med demens blir mistenksame. 83% mottok hjelp frå fagutdanna personale dvs.

hjelpepleiarar, sjukepleiarar og omsorgsarbeidarar (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006).

Undersøkinga til Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal (2006) viser og til undersøkingar frå Sverige som seier at mottakaren si bedømming av omsorga blir meir negativ jo fleire pleiarar som er involverte i pleia. I ei anna undersøking gir eldre uttrykk for at det er uverdig å måtte forhalda seg til så mange forskjellige pleiarar (Lystrup, Lillesveen, Nygård & Engedal, 2006).

Den relasjonen sjukepleiaren og personen med demens har betyr mykje. Heimesjukepleien må leggast til rette slik at det ikkje stadig kjem nye pleiarar inn, då dette kan vere med på å uroa og forvirra personen unødig.

Eit stabilt personale som kjenner brukaren er i seg sjølv kvalitetsfremmande. Det kan vera med på å gi brukaren tryggleik, og det gjer det lettare for pleiarane å yta eit individuelt tilpassa tilbod (Trondheim kommune, 2004).

Fjørtoft (2007) hevdar at personar med demens treng faste og kjende personar slik at pleie blir forutsigbar. Ho seier at det ikkje er nok i seg sjølv at det kjem få personar. Like viktig er det at personen med demens likar den som kjem til han. Dei som yter hjelpa bør vera fagpersonar som har kunnskap om denne gruppa, at dei trives med dei særlege utfordringane demensomsorga har.

Jo fleire kokkar jo meir søl er det eit ordtak som seier og det kan ein og sei i forhold til omsorga til personar med demens. Jo fleire som skal vera med å hjelpa dei jo meir forvirring og utryggleik kan ein skapa. I forhold til heimebuande med demens bør ein ta i bruk rundskrivet frå regjeringa og leggja opp pleia slik dei tilrår.

I Trondheim har dei lagt opp pleia slik regjeringa tilrår, men dei har ikkje klart å få ned talet på pleiarar. Dei jobbar framleis med å få dette til og er nøgd med at personalet gjennom dette prosjektet har fått betre faglege arbeidsmåtar, som er basert på fleksibilitet og stabilitet, samhandlingskompetanse og meir personleg kunnskap om personen si livshistorie. (Trondheim kommune, 2007).

Personen har bruk for at pleiarane som kjem til han veit kven han er og kjenner hans livshistorie, men kanskje vil han ikkje at alle i heimetenesta skal veta om den. Ved å setje ned talet på pleiarar hindrar ein og at "alle" har innsyn i hans liv.

5.2 Manglar det noko i omsorgskjeden?

Dagsenter kan vera med å bevare den kognitive funksjonen hjå personar med demens. Der kan dei få moglegheit til å vera med andre med same problem som dei og utføra oppgåver i eit miljø som er lagt opp til deira funksjonsnivå.

Regjeringa vil i sin plan for demensomsorga satsa på dagtilbod for å førebyggja og hindra dyre institusjons- og heildøgntilbod. Dei seier at svikta i omsorgskjeden er i forhold til dagtilbodet, då berre 4% av dei som bur heime med demens har eit tilbod på dagtid. Tilbodet skal vera med på å aktivisera og stimulera, gi gode opplevingar og meningsfulle kvardagar for personar med demens.

Under 4% av personane med demens som bur heime, har eit tilrettelagt dagtilbod i kommunane. I følge pleiarar i pleie- og omsorgstenesta blir det opplevd som vanskeleg å argumentera for å etablera eller oppretthalda tilrettelagde dagtilbod i dagsenter for denne gruppa. Dette tilbodet er utsett for nedskjeringar og nedlegging på grunn av vanskelege økonomisk. Det blir hevda frå administrativt hold i kommunen at dette ikkje er eit lovpålagt tilbod (Eek & Nygård, 2006).

Haugesund kommune har starta eit døgntilbod for yngre personar med demens som er i ein tidleg fase, der dei har som mål å auka meistringa av eigen kvardag. Dette er det første tilbodet til denne gruppa på Haugalandet. Dei tilbyr mellom anna aktivitetar som kafébesøk, musikk og underhalding, turar ut i naturen og sosialt samvær (Meling, 2007).

Trondheim kommune (2004) har i sitt prosjekt "Over terskelen" tatt med ambulerande dagtilbod som eit satsingsområde innan demensomsorga. Målet med dette tilbodet er at personen skal ha ein oversiktleg og trygg kvardag med tilpassa tilbod. Dei har lagt opp dette dagtilbodet sånn at dei er tilpassa kvar og ein person og tilbodet blir gitt i

heimen eller i nærmiljøet til personen. Dette er eit alternativt dagtilbod til dei som treng det og kanskje ikkje ønskjer eller kan delta i grupper. Tilbodet ivaretar personen sine behov på ein god måte ved at det er fleksibelt og tar individuelle omsyn.

Dette tilbodet blir enklare å ta i bruk i Trondheim som er ein stor kommune, enn i små kommunar der personalgruppa rundt eit slikt prosjekt blir ein eller to personar. I rapporten står det at personalgruppa hadde behov for å vera i jamleg kontakt med kvarandre, slik at dei kunne støtta og hjelpa kvarandre. I mindre kommunar må kanskje dette tilbodet leggest innunder heimetenesta slik at personalet kan få sett av tid til dette i det dagleg arbeidet sitt.

Eek & Nygård (2006) seier at dagsentera bør leggja opp dagen etter miljøterapeutiske prinsipp med aktivitetar som styrker den enkelte person si oppleving av meistring og tryggleik. Tilbodet skal bidra til at personen skal kunna fortsetta å bu heime, det er derfor viktig at dagleglivet sine funksjonar bli vedlikehaldne. Sentrale aktiveter kan vera å delta i førebuing til måltid, oppvask og rydding, samling rundt dagens avis, song og musikk. Samtidig er den fysiske aktiviteten viktig for å bevare dei fysiske funksjonane til personen. Dette kan gjerast ved å til dømes gå tur i nabolaget, butikkbesøk og andre utflukter (gardsbesøk).

Kva er eigentleg grunnen til at så liten del av personane med demens har plass på dagsenter? Dette får ein ikkje svar på i litteraturen. I mange av studiane har halvedelen av dei som er med ikkje ein gong ei diagnose, kanskje kan dette vera grunnen. Mange av dei med demens kvir seg for å vera ute i lag med andre for då kjenner dei på kjensla av å ikkje meistra og takkar kanskje derfor nei til tilbodet. Heimesjukepleien skal informera om kva tilbod det er for personar med demens i kommunen, men er dei alltid like flinke til det? Eller er det rett og slett for lite dagtilbod til personar med demens rundt omkring i landet?.

Eek & Nygård (2006) seier i si undersøking at eit meir tilrettelagt tilbod sikrar høgare kvalitet på tenesta til personar med demens. Det må leggest vekt på planlagde og førebyggjande tiltak, ikkje krise løysingar i hu og hast.

Her snakkar dei om heile omsorgskjeden og oppbygginga av den. Dei meiner at ein må heile tida vera klar på neste nivå etterkvart som funksjonsevna til personen sviktar.

Kvart nivå skal vera med å styrka personen slik at han bevare dei funksjonane han har. Omsorgstilbodet må gjenspeila hjelpebehovet, på den måten kan me gi best mogleg hjelp til personen der han er i sjukdomsforløpet.

6.0 Avslutning og konklusjon

I denne oppgåve meiner eg at eg har svart på problemstillinga ved hjelp av teori og drøfting. Eg ønskte å få svar på korleis ein kunne bevare den kognitive funksjonen til personar med demens og det har eg fått svar på gjennom teoridelen. I drøftingsdelen tok eg for meg kva område som kan ha innverknad på den kognitive meistringa.

Omsorg til personar med demens kan vera krevjande, sjukepleiaren må derfor visa respekt, og forståing for personen. Kunnskap om korleis sjukdomen har innverknad på meistringsevna og korleis ein skal kompensera for dette er noko sjukepleiaren bør ha når ho jobbar med personar med demens. Denne kunnskapen kan ein enten tileigna seg sjølv eller ein kan få det gjennom jobben ved å ta opp at dette er eit område der ein kjenner at kunnskapen ikkje strekker til. Gjennom rettleiing kan ein få sett ord på det ein opplever enten det er godt eller vondt og ein kan få diskutera dilemma som kan oppstå. Auka kompetanse innan personalgruppa er eit viktig mål framover i demensomsorga. Ein bør ha fokus på den kognitive funksjonen som gjer til at personen enno kan bu heime og jobba for å bevare den lengst mogleg.

Ei anna viktig målseting er at personen kjenner seg trygg og ivaretatt på ein omsorgsfull måte. Sjukepleiaren må tilpassa kommunikasjonen etter svikta til personen, slik at han forstår kva ho seier eller meiner i situasjonen. Den nonverbale kommunikasjonen er viktig for å understreka det ein seier med ord.

Ved å gjera ein gjennomgang av sjølve strukturen og organiseringa av heimetenesta, i forhold til personar med demens, kan ein sjå om den er lagt opp optimalt. Hjelpa kjem nok aldri til å bli heilt optimal for kvar og ein person, men den kan bli organisert slik at personen kan meistra kvardagen og kjenna seg trygg. Demensplanen 2015 kan nok vera med å gi helsepersonell ein peikepinn på kva som må gjerast for at omsorga skal bli betre. Mange veit nok allereie kor det er manglar, men treng kanskje denne planen for at leiinga i kommunane skal gi midlar til å betra omsorga.

Gjennom arbeidet med denne oppgåva har eg tileigna meg enda meir kunnskap om demens og dei problemstillingane denne sjukdomen gir oss. Eg har fått svar på mykje av det eg ønskte å få svar på, men samtidig sit eg igjen med mykje undringar. Desse

undringane tar eg med meg vidare og kjem nok til å søka svar på dei nå når eg er ferdig med oppgåva.

7.0 Litteraturliste

Andersson, B (2007) **Når hukommelsen svigter, finder livet vej på ny.**

Agneta Ingberg om sit liv med Alzheimers sygdom. Unitas Forlag

Baugård,L m.fl, (2007) [Internett] **Forebyggende besøg: Glem ikke**

hukommelsen. Tilgjengeleg frå:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticle>

[ID=15308&men=195009](http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=15308&men=195009) [lest 25.02.08]

Borger (2008) **Livstestamente og plejetestamente.** [Internett] Tilgjengeleg frå:

[http://borger.dk/forside/aeldre/aeldre-og-pleje/livstestamente-og-](http://borger.dk/forside/aeldre/aeldre-og-pleje/livstestamente-og-plejetestamente#Flere)

[plejetestamente#Flere](http://borger.dk/forside/aeldre/aeldre-og-pleje/livstestamente-og-plejetestamente#Flere) [lest 04.03.08]

Dahl, T,E (2005) **Om å møte mennesker med sviktende hukommelse I: Helt- ikke**
stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, red. Hummelvoll, J, K s.

359-375. Gyldendal Norsk Forlag

Dale, M,J (2004) **Mennesker med aldersdemens I: Kan eg komme inn? Verdiar og**

val i heimesjukepleie, red. Solheim & Aarheim s. 159-172. Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, Olav (2001) **Metode og oppgaveskriving for studenter.** Gyldendal Norsk
Forlag

Daatland, S,V & Solem, P, E (2000) **Aldring og samfunn. En innføring i**
sosialgerontologi. Fagbokforlaget.

Eek, A & Nygård, A-M (2006) **Lysning I sikte? Tilbud til personer med demens i**
norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse. Nasjonalt kompetansesenter for
aldersdemens.

Engedal, K.(2000) **Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis.** Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Sande

Engedal, K. & Haugen, P,K (2005) **Lærebok i demens. Fakta og utfordringer.** Forlaget Aldring og helse.

Fjørtoft, A,K (2006) **Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter.** FagbokforlagetVigmostad & Bjørke AS.

Haug, H,K (2005) **Virksom kommunehelsetjeneste for den gamle I: Eldre i en brytningstid,** red. Nord, Eilertsen & Bjerkreim s. 165-174. Gyldendal Norsk Forlag.

Haugen, P,K (2007) **Så redd, så redd – Følelsesmessige aspekter ved Alzheimer sykdom i tidleg fase og konsekvenser for miljøterapeutisk oppfølging I: Det går an! – Muligheter i miljøterapi.** red Eidem Krüger, R,M, s. 36- 51. Forlaget Aldring og helse.

Heap, K (2002) **Samtale med eldre mennesker I: Samtalen i eldreomsorgen.** Kommuneforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) [Internett] **Demensplan 2015 ”Den gode dagen”** Tilgjengeleg frå:
<http://www.aldringoghelse.no/PDF/Demensplan2015.DenGodeDagenpdf.pdf> [lest 18.01.08]

Holme I, M. & Solvang, B, K. (1996) **Analyse av data I: Metodevalg og metodebruk.** Holme I, M. & Solvang, B, K. s. 131-137. Forfattarane og Tano AS.

Holthe,T (2007) **Det går an! – Tilrettelegging av fysiske miljø på institusjon, dagsenter og hjemme I: Det går an! Muligheter i miljøterapi,** red Eidem Krüger, R,M, s. 164-178. Forlaget Aldring og helse.

Hviding & Mørland (2003) **Helsetjenester og gamle - hva er kunnskapsgrunlaget? : en vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter.** Senter for medisinsk metodevurdering.

Hummelvoll J,K (2005) **Helt – ikke stykkevis og delt.** Psykistrisk sykepleie og psykisk helse. Gyldendal Norsk Forlag

Hyldmo I, Nordhus I,H & Hafstad R (2004) **Marte Meo: En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen.** Tidsskrift for norsk psykologiforening 2004, vol 41 part 1 s. 16-20.

Kirkevold, M. (2005) **Sykepleieteorier – analyse og evaluering,** 2.utg., Gyldendal Norsk Forlag.

Kitwood, T (1999) **En revurdering af demens - personen kommer i første række.** Dafolo Forlag.

Kristoffersen, N.J (red) (2000) **Grunnleggende sykepleie:bind 1,** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Lillehovde, E,J (2007) **I eget hjem så lenge som mulig – Hvem bestemmer – og på hvilket grunnlag? I: Det går an! – Muligheter i miljøterapi.** red Eidem Krüger, R,M, s. 179-188. Forlaget Aldring og helse.

Lillesveen, B (2006) **Sammenheng mellom enkeltvedtak og hjelp til hjemmeboende personer med demens. Sammenheng mellom enkeltvedtak og pasientens tap av funksjonsevner.** Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Lystrup Linda , Birger Lillesveen, Aase-Marit Nygård & Knut Engedal (2006) [Internett] **Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens.** Tilgjengeleg frå: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=1405024 2006; 126: 1917-20 (lest 12.01.08)

Løvendahl B (1999) [Internett] **Den nye demenskulturen**. Tilgjengeleg frå:
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=3048&menu=195009> [lest 25.02.08]

Meling, T, K (2007) [Internett] **Dagavdeling for yngre personer med demens**.
Tilgjengeleg frå. <http://www.haugesund.kommune.no/cgi-bin/haugesund/imaker?id=62948> [lest 14.03.08]

Mork Rokstad, A,M (2000) **Mental aktivitet I: Eldre aldring og sykepleie** red.
Karoliussen, M & Smebye, K,L, s.527-621, Gyldendal Norsk Forlag.

Mork Rokstad A,M , Horn B,L, Skarstein S & Steinstad L,H (1996) **Aldersdemens. Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferden blir vanskeleg å mestre**. INFO-banken.

Olson & Sørensen (2006) **Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver**. Gyldendal Norsk Forlag

Sosial- og helsedepartementet (SHD) (1997)[Internett] **Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene**. Rundskriv I-13/97. Tilgjengeleg frå:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/rundskriv/1997/I-1397-Kvalitet-i-pleie--og-omsorgstjenestene.html?id=108152> [lest 14.03.08]

Stendal, L (2001) **"Du er den åttende personen fra hjemmesykepleien som besøker mor denne uken!"- en kartelegging av hjemmetjenesten til personer med demens**. FOU.rapport nr.3/2001. Diakonissehjemmets Høgskole.

Sørli, N (2008) [Internett] **Vil gi betre omsorg til demente som bur heime**. Stord kommune. Tilgjengeleg frå:
<http://www3.dkdigital.no/hordaland/stord/stordk.nsf/932db17d668fff70c12569370027a098/c9b19ac349c277c7c1257401002cac09!OpenDocument> [lest 20.03.08]

Tranøy (1986) **Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform**. Universitetsforlaget

Trondheim kommune (2004) [Internett] **Over terskelen**. Tilgjengeleg frå:
<http://www.trondheim.kommune.no/content.ap?thisId=1117627623> [lest 20.03.08]

Westergård, B,E (2007) **Personfokusert tilnærming i et liv på flyttefot I: Det går an!** – Muligheter i miljøterapi. red Eidem Krüger, R,M, s. 18-35. Forlaget Aldring og helse.

Witsø, A.E (2007) **Erindringsarbeid i en travel hjemmetjeneste – er det mulig?**
Demens & Alderspsykiatri vol.11 nr.3 s. 31-34.

Wogn-Henriksen. M (2006) **”Det går an å ha det godt sjølv om man er glemsk!”**
Miljøbehandling i demensomsorgen I: Evige utfordringer – helsetjenester og omsorg for eldre, red. Eidem Krüger, R,M. s. 18-35. Forlaget Aldring og helse

Wogn-Henriksen. M (2006) **Hva var det jeg skulle sagt -.vedbelv han med stor Omstendighet – og tidde I: Evige utfordringer – helsetjenester og omsorg for eldre**, red. Eidem Krüger, R,M. s. 91- 108. Forlaget Aldring og helse

Wogn-Henriksen. M (2001) **Miljøterapi – hva er det?** Artikkel i: Demens vol.5/nr.2, 2001

Wogn.Henriksen, M (2007) **”Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk”** **Miljøbehandling i demensomsorgen I: Det går an!** – Muligheter i miljøterapi. red Eidem Krüger, R,M, s. 18-35. Forlaget Aldring og helse.

