



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Dagsenterets bidrag til livskvalitet for mennesker med demens og deres pårørende.**

**Daycentre contribution to quality of life for people with dementia and their relatives with caring responsibility.**

**Bergseth, Siv Anita Klausen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 41**

**Molde, 20.05.2016**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Helene Hanset Willa

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.05.2016

**Antall ord: 10 095**

## **Forord**

Do not ask me to remember,  
don't try to make me understand.  
Let me rest and know you're with me,  
kiss my cheek and hold my hand.

I'm confused beyond your concept,  
I'm sad and sick and lost.  
All I know is that I need you,  
to be with me at all cost.

Do not lose your patience with me,  
do not scold or curse or cry.  
I can't help the way I'm acting,  
I can't be different though I try.

Just remember that I need you,  
that the best of me is gone.  
Please don't fail to stand beside me,  
love me 'til my life is gone.

<http://www.demensperspektiv.net/alzheimers-request/> (Lest 01.02.16).

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven handler demens, der jeg har avgrenset temaet ned til problemstillingen:

Hvordan kan dagsentertilbud påvirke hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende sin livskvalitet?

Dagsentertilbud for personer med demens sykdom er et av satsningsområdene til regjeringen. Hensikten er at personene med demens skal kunne bo hjemme lengre, og at deres pårørende skal makte å stå i hverdagen.

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Oppgavens formål .....	2
1.3	Relevans for vernepleieryrket .....	2
1.4	Oppgavens disposisjon .....	2
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>3</b>
2.1	Avgrensinger med begrunnelse .....	3
2.2	Begrepsavklaring .....	4
<b>3.0</b>	<b>Forforståelse .....</b>	<b>5</b>
3.1	Egne erfaringer .....	5
3.2	Samfunnsmessig aktuelt .....	6
<b>4.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>7</b>
4.1	Begrunnelse for valg av metode .....	7
4.2	Litteratursøk .....	7
4.3	Validitet og reliabilitet .....	8
<b>5.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>8</b>
5.1	Demens .....	8
5.1.1	Former for demens og utredning .....	8
5.1.2	Behandling av demens .....	9
5.1.3	Prevalens av demens .....	10
5.2	Å leve med demens .....	11
5.3	Livskvalitet .....	11
5.4	Dagsenter for mennesker med demens .....	12
5.5	Dagsenter og økt livskvalitet .....	16
5.6	Pårørende .....	16
5.7	Fire- perspektivmodellen for kommunikasjon .....	17
5.7.1	Relasjonskompetansen .....	18
<b>6.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>18</b>
6.1	Dagsenter i praksis .....	18
6.1.1	Tilrettelegging av åpningstider .....	19
6.1.2	Fysisk utforming på dagsentret .....	20
6.1.3	Personalet på dagsentret .....	21
6.1.4	Måltider .....	21
6.1.5	Aktiviteter .....	22
6.2	Fire perspektiv modellen anvendt i dagsentret .....	24
6.3	Livskvalitet .....	25
6.4	Livskvalitet hos pårørende .....	27
6.5	Kultur blant personalet .....	28
<b>7.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>30</b>
7.1	Konklusjon .....	31
<b>8.0</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>32</b>

## **1.0 Innledning**

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å skrive om mennesker med demens, og mer spesifikk om hvorvidt hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørendes livskvalitet kan påvirkes ved å ha et dagsentertilbud.

Jeg har valgt dette området for det er noe som interesserer meg. Demens er en sykdom som rammer mange, og mange har også en redsel for å få denne sykdommen. Det hører nok sammen med at det å miste kontrollen over egen hverdag og være prisgitt andre mennesker er en situasjon man ikke ønsker å komme i. Svært mange opplever eller vil komme til å oppleve at noen av sine nærmeste blir rammet av demens, og noen får også denne sykdommen selv. Det å bli rammet av demens kan være en vanskelig prosess for den som blir syk, men det kan også være vanskelig for menneskene rundt personen. Det å se at mennesker man er glad i mister hukommelsen, og noen også forandrer personligheten, kan være vanskelig å forholde seg til.

### ***1.1 Begrunnelse for valg av tema***

Demens er en sykdom som rammer mange, og mange av disse bor hjemme med seg selv over lengre tid før de flytter til institusjon. Helsedirektoratet oppgir at antallet demensrammede i Norge er 71 000 personer. Nasjonalt kompetanse senter for demens skriver at minst halvparten av alle personer med demens bor hjemme, det vil si om lag 33.000 personer. Man antar at frem til år 2020 vil antallet øke til ca. 40.000 og i 2040 til om lag 70.000 (helsedirektoratet.no). Denne økningen av mennesker med demenssykdom bidrar til at samfunnet vi lever i må ha fokus på denne sykdommen, og prøve å tilrettelegge for at disse menneskene samt deres pårørende skal få gode liv trass sykdommen.

Helse og omsorgsdepartementet (2008) skriver at minst 250.000 mennesker er på ulike måter berørt av demens i Norge i dag, og da regnes bare de nærmeste pårørende med.

Det å ha et dagsentertilbud som man kan benytte seg av, kan kanskje bidra til at flere med demens kan få økt livskvalitet og samtidig få bo hjemme lengre, samt at pårørende kan få verdifull avlastning for å greie å stå i hverdagen.

## **1.2 Oppgavens formål**

Jeg håper med denne oppgaven å finne ut av om hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende kan få økt sin livskvalitet ved å ha et dagsentertilbud de benytter seg av, og hvordan vi som helsepersonell kan tilrettelegge for dette.

Jeg håper at jeg også kan finne ut om dagsentertilbudet har en betydning for menneskene som benytter seg av det, og deres pårørende. Kunnskap om dette kan være nyttig både for helsepersonell og myndighetene med tanke på videre utvikling av dagsenter, kanskje det kan si oss noe om at et dagsentertilbud gir verdighet til den demente, og hva kan det bety for de pårørende.

## **1.3 Relevans for vernepleieryrket**

Det finnes flere vernepleiere som jobber innen demensomsorgen, både i hjemmesykepleien, ved sykehjem og i dagsenter. Dette gjør at oppgaven er relevant for vernepleiernes yrkespraksis. I fagplan 2012 (bachelor i vernepleie) står det at vernepleieren skal tilrettelegge for et verdig og funksjonelt liv, utviklingsmuligheter og god livskvalitet med individuelle forutsetninger. I Fagplanen står det videre om vernepleierens kompetanse, og at vernepleieren har kvalifikasjoner til å jobbe med mennesker som har demens sykdom.

Fra et vernepleierfaglig ståsted skal man som vernepleier ha brukeren og brukermedvirkning i fokus, vi skal tilrettelegge for mestring og for at brukerne skal ha best mulig livskvalitet.

Formålet med vernepleierutdanninga er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Fagplan 2012: 4).

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

I denne oppgavens innledning har jeg kort sagt noe om temaet jeg skal skrive om. Videre vil jeg presentere problemstillingen, før jeg sier noe om for forståelsen min i forhold til



valgt tema. Jeg vil deretter skrive videre om metoden jeg har valgt til oppgaven, og hvordan jeg har funnet ulik litteratur. Jeg vil så fremlegge en teoridel med påfølgende drøfting, for så å avslutte oppgaven med en konklusjon.

## **2.0 Problemstilling**

Presentasjon av problemstilling:

### **Hvordan kan dagsentertilbud påvirke hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende sin livskvalitet?**

Det at en i fremtiden antar å få en økning av personer med demenssykdommer, vil bidra til at man må ha fokus på utfordringene som kommer i forbindelse med sykdommen og være i stand til å tilrettelegge for menneskene som blir rammet av denne sykdommen, herunder også pårørende.

Med Demensplan 2015 er planen at det skal sikre et godt og verdig tjenestetilbud gjennom tre hovedgrep; et styrket aktivitetstilbud på dagtid, økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenesten og i samfunnet.

### **2.1 Avgrensinger med begrunnelse**

Demens er et stort tema, og har et vidt omfang. Demens rammer mange mennesker, både den som er syk, og deres pårørende. Tall viser at man tror at demens er en sykdom kommer til å øke mye i årene som kommer, og man antar at mange av disse menneskene kommer til å bo hjemme(helsedirektoratet.no). Kommunene vil prøve å tilrettelegge for at mennesker med demens skal ha muligheten til å bo hjemme lengst mulig, dette kommer trolig til å påvirke pårørende også, ved at de får økte omsorgsoppgaver i hjemmet.

Innunder denne tilretteleggingen kommer det føringer om at brukerne skal kunne få de tjenestene de trenger når de bor hjemme, som hjemmetjenester og dagsenter for mennesker med demens. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å se på om et dagsentertilbud til hjemmeboende med demens, kan påvirke livskvaliteten til menneskene med demens og deres pårørende..

## **2.2 Begrepsavklaring**

### *Demens sykdom:*

Demens er definert som en tilstand der flere av de intellektuelle funksjonene er svekket, det vil si hukommelse, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, evnen til å tenke abstrakt og språkfunksjoner (Jacobsen m.fl 2010: 397).

### *Livskvalitet:*

Livskvalitet kan være svært vanskelig å måle, og spesielt hos mennesker med demens som kanskje har problemer med å uttrykke seg. Livskvalitet er individuelt, og hva som er et godt liv for meg trenger ikke være det for andre. Man må ha respekt for at det finnes mange måter å leve livene sine på. For å oppnå livskvalitet vil brukermedvirkning være vesentlig, og en god kontakt med pårørende kan gi oss bedre innsyn i livet til brukeren. I Bruker og Pasientrettighets loven, kap 3 §3-1 står det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester (lovvdata.no).

Livskvalitet vil være svært vanskelig å måle hos personer med demens, men samtidig er det viktig å få vite mer om dette.

### *Dagsenter:*

Et dagsenter for mennesker med demens er et spesielt tilrettelagt behandlings og omsorgstilbud på dagtid beregnet for denne pasientgruppen (Engedal og Haugen 2006:351).

### *Pårørende:*

Jakobsen og Homelien (2011) skriver at ofte sammenfaller biologiske forhold opplevelsen av hvem som er pårørende, men det trenger ikke være tilfelle (Mossberg-Sand 2000, Sørderlund 2004). Familiestrukturen i samfunnet har endret seg gjennom tidene, og pårørende begrepet med denne. I denne oppgaven vil pårørende være hovedsakelig basert på de pårørende som bor sammen med personer med demens.

### **3.0 Forforståelse**

Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser og tanker, for eksempel på bakgrunn av den kulturen vi er en del av. Dette kaller vi for-forståelse, det vil si den forståelsen vi bringer med oss i møtet med andre mennesker (Røkenes og Hanssen 12:2006).

#### **3.1 Egne erfaringer**

Det er en rekke faktorer som utgjør min forforståelse av sykdommen demens.

Jeg har blant annet etter mange års arbeidserfaring i eldreomsorgen møtt og jobbet med mange mennesker med demens sykdom, og jeg har møtt deres pårørende på godt og vondt. Jeg har også jobbet tverrfaglig, med for eksempel både sykepleiere og leger. Jeg jobber nå på dagsenter for mennesker med demens, og har nok mine erfaringer og opplevelser herfra som kan påvirke min forforståelse. Alle disse områdene utgjør deler av min forforståelse. Mine personlige erfaringer med demens, jeg har hatt besteforeldre med demens. Det å ha sett på nært hold hva sykdommen kan gjøre med mennesker kan ha både positive og negative sider. Dette kan bidra til at jeg har forståelse for bruker og pårørende, men samtidig så er det å oppleve sykdom veldig individuelt. Mine følelser vedrørende sykdommen kan være veldig annerledes en andre sine følelser og tanker om sykdommen. Andre personlige erfaringer jeg har, er andre jeg kjenner som har nær familie som har fått sykdommen. Egen redsel for selv å få demenssykdom vil kunne påvirke oppgaven. Kulturen som jeg er en del av, og har vokst opp i, kan også påvirke min forforståelse.

Kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom blant annet skolegang, både under videregående skolegang, og nå vernepleierstudiet har bidratt til at jeg fått utvidet kunnskap om sykdommen, om hvordan det kan være å være pårørende og om hvordan et tverrfaglig samarbeid kan komme brukeren og pårørende til gode. Jeg har fått kunnskap om hvordan min forforståelse kan påvirke meg, og har tilegnet meg ny kunnskap om refleksjonens betydning.

### **3.2 Samfunnsmessig aktuelt**

Forforståelsen min kan være preget av samfunnets engasjement omkring området demens. Det antatte økende tallet med mennesker som har/får demens bidrar til at regjering og kommuner har et økende fokus på områdene rundt eldreomsorg, herunder også demens. Det snakkes om eldrebølgen, og kommunene ønsker å ha en god plan på hvordan de skal møte den på en god og hensiktsfull måte.

Samtidig vil også det media skriver kunne påvirke forforståelsen min. Media slår ofte opp store overskrifter som ikke alltid stemmer overens med innholdet i artikkelen, de vinkler ofte fokuset på oppslaget for at de skal få solgt mest mulig, som da også er deres jobb. Når jeg ser og leser det media uttaler, er det viktig at jeg er kritisk til det jeg ser og leser. Aviser, internett og tv slår stadig opp store forsider om eldreomsorgen, dette er ofte artikler som har overskrifter og temaer som gjør at det er lett å bli engasjert, men som ikke nødvendigvis trenger å gi et helt korrekt bilde av situasjonen. Samtidig så kan det føre til at kommuner og ansatte gjør en bedre jobb, ved å føle at man blir «fulgt med på», og ikke ønsker å komme i medias søkelys. Jeg må være bevist på at mitt inntrykk av eldreomsorgen kan bli påvirket av medias fremstilling.

I boken *Vegen i skoddeheimen* skrevet av Inger Anne Ree Hunderi og Ola Hunderi (2009) står det at NRK ønsket et intervju med Ola om demens. Da det kom frem etter hvert at NRK ville han skulle være kritisk til helsevesenet takket han nei til å stille opp. Dette kan gi oss en liten pekepinn på at media ønsker oppslag som selger og som får oppmerksomhet, og dermed prøver å finne historier som kan gi det. Det er viktig å få frem disse historiene, men samtidig så er det viktig at folk kjenner til de gode historiene også. Det er viktig å være kritisk til det som kommer frem i media da de ofte har egne agendaer.

## **4.0 Metode**

Tranøy definerer metode som en måte å fremskaffe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2007:83).

Dalland (2007) skriver videre at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke.

### **4.1 *Begrunnelse for valg av metode***

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av litteratur studie. Dette fordi det finnes litteratur om temaet, og jeg kan finne svar på problemstillingen min i eksisterende litteratur og forskning.

Jeg har benyttet meg av pensumbøker om demens. I pensum finnes det flere bøker som sier meg noe om sykdommen demens, blant annet boka Tverrfaglig geriatri av Bondevik og Nygaard mfl (2012). I pensum har jeg også gode bøker om kommunikasjon og etikk. Dalland (2007) skriver at et grunnleggende krav til data er at de må være gyldige, og de må være relevante for problemstillingen.

### **4.2 *Litteratursøk***

For å finne aktuell litteratur til min problemstilling har jeg søkt i Høgskolen i Molde sitt bibliotek. Her søkte jeg i databasen Orio. Søkord jeg brukte var demens. Dette søket gav meg mange treff. Jeg valgte derfor å avgrense søket med søkeordene: demens og dagsenter, demens og pårørende og dagsenter. Dette har gitt meg forslag om bøker som finnes omkring emnet, og som jeg kunne låne på biblioteket ved Høgskolen. Dette har jeg benyttet meg av.

Jeg har også søkt på Google for å finne informasjon om temaet. Jeg startet med å søke på ordet demens, men fikk svært mange treff og prøvde å avgrense det ned, ved å bruke søkeordene demens og dagsenter, demens og pårørende og dagsenter. Jeg fant ikke veldig mye litteratur på disse søkeordene, men noen artikler dukket opp. Jeg fikk opp rapporter som Helse og omsorgsdepartementet har kommet med omkring temaet demens. Dette er

rapporter (Glemsk, men ikke glem!, Demensplan 2015 og Demensplan 2020) jeg har brukt i oppgaven min.

Jeg har prøvd å være kritisk i utvelgelsen av teori, og jeg har prøvd å ikke bruke teori som er eldre enn ti år.

### **4.3 Validitet og reliabilitet**

Metodene skal gi troverdig kunnskap. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles, må ha en relevans, og være gyldig for det problemet som skal undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland 2010:50). Personlig har jeg liten erfaring i å se om litteraturen har en høy grad av validitet og reliabilitet. Bøkene og rapportene jeg har brukt er relevant for problemstillingen, og de er skrevet og utarbeidet av anerkjent forfattere. Det finnes mye mer litteratur som er relevant for oppgaven.

## **5.0 Teori**

### **5.1 Demens**

Ifølge Engedal og Haugen (2006) er demens en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrep demens kan brukes.

#### **5.1.1 Former for demens og utredning**

Bondevik og Nygaard (2012) skriver at det finnes flere former for demens, og de viktigste og mest vanlige demensformene er Alzheimer sykdom som sykdommen representerer mellom 50 og 60 % av tilfellene. Andre typer demenssykdommer er Vaskulær demens,

Lewy-legeme demens og Frontotemporal demens/ pannelappsdemens. Det finnes også andre sykdommer som kan utvikle demens, dette kan være Parkinson sykdom, ALS og MS. Alkoholmisbruk gjennom mange år, alvorlige hodeskader og hjerneskader kan også føre til demens.

I følge Brækhus og Lillesveen (2005) bør man får å kunne sette diagnosen demens intervju pasienten og pårørende, og undersøke pasientens somatiske og kognitive funksjoner .

Når demens diagnosen ikke blir stilt er det vanskelig å sette i verk adekvate medikamentelle tilbud og tilrettelegge en behandlingsplan (Brækhus og Lillesveen 2005:11).

I tillegg til å utrede demens bør helsepersonell kunne utrede og følge opp depresjon, angst, psykoser, aggresjon og apati, som ofte er en vesentlig del av demenssykdommen (Krüger mfl 2008: 61). Å få en demensdiagnose er traumatisk både for den som får diagnosen, og deres omgivelser, og man kan si at demens er en organisk lidelse som gir mange psykiske symptomer (Jakobsen 2007:46).

### **5.1.2 Behandling av demens**

Bondevik og Nygård (2012) skriver at det finnes i dag ingen kausal behandling av demens. Behandlingen med antidemenslegemidler er symptomatiske og gir kun forbigående bedring eller stabilisering av symptomer hos et begrenset antall pasienter. Dette medfører at ikke medikamentelle tiltak eller psykososiale tiltak er viktig for å modifisere ledsagende psykiske symptomer og atferdsendringer. I tillegg kan det bedre pasientens livskvalitet og redusere pårørendes belastning. Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og pasientens pårørende, og informasjon er svært viktig (Bondevik og Nygård 2012: 302). De skriver videre at medikament behandling kan være aktuell ved for eksempel tilleggslidelser som kan oppstå sammen med demens, eksempel angst, uro og depresjon. Ifølge Jakobsen (2007) vil kompleksiteten i sykdommen demens, og konsekvensene av sykdommen forde en spesialisert omsorgstjeneste.

### 5.1.3 Prevalens av demens

På landsbasis regner man med at det er ca. 70.000 mennesker som lider av en demenssykdom, og at de fleste av disse er mennesker over 70 år. Man anslår at ca. 60 % av disse bor hjemme, og man antar at dette vil fordoble seg i løpet av 20-30 år (Bondevik og Nygaard 2012).

I en rapport fra Sosial og helsedirektoratet (2007) « Glemsk, men ikke glemt!» så er det utarbeidet en tabell som kan gi oss et visst anslag over mange mennesker som vil lide av demens i fremtiden:

	Prevalens Forekomst	2006	2010	2020	2030	2040	2050
<b>65-69 år</b>	0,9	1594	1895	2402	2646	2865	2662
<b>70-74 år</b>	2,1	3142	3285	5286	5550	6385	5858
<b>75-79 år</b>	6,1	8496	8021	10407	13577	15406	17108
<b>80-84 år</b>	17,6	20410	18878	18944	31926	35232	42342
<b>85-89 år</b>	31,7	21535	23134	20638	29390	40921	49870
<b>90 +</b>	40,7	12407	13832	16000	17768	32054	41829
<b>SUM</b>		<b>67584</b>	<b>69045</b>	<b>73677</b>	<b>100857</b>	<b>132863</b>	<b>159669</b>

Tabell 3.2.1 viser prevalens (beregnet antall tilfeller) av demens i befolkningen basert på en studie i Rotterdam, 1992 og befolkningsframskriving. Kilde SSB 2005 (Helsedirektoratet.no).

Helse og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av en av de største omsorgsutfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, utarbeidet rapporter som; Glemsk, men ikke glemt, Demensplan 2015 og Demensplan 2020. Disse er skrevet om dagens situasjon, og om fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

Regjeringen ønsker å styrke tilbudet til personer med demens. Innen 2020 skal alle kommuner tilby dagaktiviteter til hjemmeboende personer med demens. På initiativ fra Stortinget vil regjeringen fremme et forslag om plikt for kommunene til å tilby et



dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens fra 1.januar 2020 (regjeringen.no).

Det er et mål at alle skal kunne bo hjemme lengst mulig, og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem (Demensplan 2020).

## **5.2 Å leve med demens**

Jakobsen (2007) skriver at konsekvensene av å ha en demensdiagnose er knyttet både til den patologiske delen av demenssykdommen så vel som den psykososiale erfaringen knyttet til symptomene av lidelsen. Symptomene utfordrer vesentlige egenskaper og sider ved det å være en person. De utfordrer selvbilde, identitet og personens plass i det sosiale felleskapet (Jakobsen 2007: 30).

Cars og Sander (2002) skisserer en rekke faktorer som personer med demens må forholde seg til selvfølelsen trues, tankeevnen svikter, identitetsforvirring oppstår, opplevelsen av omverden forandres, relasjoner forandres, sanseintrykkene sorteres dårligere, dømmekraften kan svikte, den emosjonelle kraften svikter, uselvstendigheten øker, fantasien visner og helhet og sammenheng blir borte (Jakobsen 2007:32).

Å ha en demenssykdom betyr sannsynligvis opplevelsesmessig å befinne seg i en kaotisk og utrygg verden (Engedal og Hansen 2006:60).

Demensplan 2020 skriver at personer som har en demens sykdom ikke nødvendigvis har annet til felles enn sykdommen. Dette er en sammensatt gruppe med spenn i alder, livstil, preferanser og sykdomsbildet for øvrig.

Dette medfører at vi må ta hensyn til hvert enkelt individ, og utarbeide tjenestene de skal motta sammen med brukeren selv, og brukerens pårørende.

## **5.3 Livskvalitet**

Det er vanskelig å si hva som ligger i ordet livskvalitet, da det er veldig individuelt, og som mennesker har vi ulike behov og interesser som gir oss livskvalitet.

Å skape en meningsfull hverdag for den som er avhengig av hjelp i eget hjem, er en målverdi som er knyttet til selve det å gi livet mening og innhold. Mennesket har behov for

å skape og for å ha kontakt med andre, å ha kontakt med andre gir innhold i livet og skaper livskvalitet (Lingås 2011:46).

Røkenes og Hanssen (2006) skriver at det er flere undersøkelser som viser at det å oppleve mulighet for selvbestemmelse og kontroll er viktig for livskvalitet og helse.

Å måle livskvalitet hos mennesker med demens sykdom kan være utfordrende, men sammen med bruker og pårørende kan man få litt innsikt i hva som har bidratt til livskvalitet for denne personen.

Å si hva som er livskvalitet for andre mennesker er vanskelig, da livskvalitet er svært individuelt. Det hersker enighet om at begrepet er multidimensjonalt og at emosjoner og affekt er sentrale deler. Man understeker betydningen av at evnen til å oppleve positive følelser, tilhørighet og glede bevares (Krüger mfl 2006:66). Krüger (2006) skrives videre at livskvalitet er et dynamisk begrep som endrer seg gjennom et livsløp, og at de fleste definisjoner av livskvalitet regner kommunikasjon som avgjørende for et godt liv. Når personer med demens spørres om hva som er viktig, nevner mange samspill og kommunikasjon; å være sammen med noen, tilhøre noen, føle seg respektert og stimulert (Krüger 2006:95).

For å oppleve seg verdig må en person bli behandlet med verdighet av andre. Det motsatte er å gi en person opplevelsen av mindreverd (Bredland, Linge og Vik 2011:36).

Å ha en demenssykdom utelukker ikke at man kan bli såret og føle seg plaget av å ikke fungere som tidligere (Engedal og Haugen 2006:54).

#### ***5.4 Dagsenter for mennesker med demens***

I demensplan 2015 står det at regjeringen legger vekt på dagtilbud og tilrettelagte aktiviteter som helt sentralt og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud til mennesker med demens. Regjeringen ønsker å heve kapasiteten og kvaliteten i dagtilbudene, med en sterkere satsning på kultur, aktivitet og trivselstiltak. Dette vil kreve en større tverrfaglig bredde, med økt vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Å gi god omsorg forutsetter at man bygger på enkeltmenneskets historie for å få kunnskap om hva som gir mening og livsinnhold for den enkelte.

Regjeringen peker på at utbygging av dagaktivitetstilbud og et styrket omsorgstilbud vil bidra til å forebygge og utsette langt dyrere institusjon og heldøgntilbud (ibid).

Et av de viktigste kriteriene for at dagsentertilbudet skal bli vellykket, er et tett samarbeid med pårørende i forbindelsen med transporten frem og tilbake fra dagsentret, og i kartleggingen av personen med demens sine interesser og funksjonsnivå. Kompetanse blant de ansatte stor betydning for at dagtilbudet skal være trygt og godt (Vellone mfl.2007, Jakobsen og Homelien 2011:121).

Et dagsenter for mennesker med demens sykdom bør tilrettelegge for hver enkelt av brukerne, og innunder dette kommer blant annet dagsentrets åpningstider, utformingen av dagsentret, transport til og fra dagsentret for brukerne, måltider, aktivitet og sosiale tilstelninger/kultur.

Når det gjelder åpningstilbudene for dagsentrene er dette ulikt for mange av dagsentrene, noen har åpent fem dager per uke, mens noen har færre åpne dager.

De skriver videre at fleksible åpningstider gagnar både brukere og pårørende best (Engedal og Hansen 2006).

I følge Engedal og Hansen (2006) er en forutsetning for et vellykket dagopphold hensiktsmessig transport til og fra hjemmet, og de skriver at erfaring viser store fordeler ved å ha en stabil transporttjeneste med fast bil og fast sjåfør. Det kan også være en fordel om en medarbeider fra dagsentret er med på turen. Jo flere elementer som kan gjenkjennes, jo tryggere blir verden når man ikke helt har oversikt over hva som skal skje.

Brooker (2013) skriver at atferd hos mennesker, også atferd hos mennesker med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at mennesker med demens har behov for et berikende sosialt miljø som kan kompensere for deres svakheter og gi muligheter for personlig vekst. I hverdagen handler dette om hva salgs kunnskap, kompetanse og kvaliteter pleierne har.

Engedal og Hansen (2006) skriver at et dagsenter for personer med demens er et spesielt tilrettelagt behandlings og omsorgstilbud på dagtid som er beregnet på denne pasientgruppen. Omgivelsene bør være oversiktlige og lette og orientere seg i. En pasientgruppe på 7-8 personer i egnede lokaler og fast personale gir gode resultater. Et

dagsenter for demens bør ha fast personale med kunnskap om brukergruppens spesielle behov. De skriver videre at innholdet i dagen bør bygges opp etter miljøterapeutiske prinsipper med aktiviteter som styrker den enkelte brukers opplevelse av mestring og trygghet. Dagsenteret skal også være et av tilbudene som bidrar til at brukerne kan bo hjemme, derfor er det viktig å vedlikeholde dagliglivets funksjoner (Engedal og Hansen 2006: 351).

Demensplan 2015 skriver at dagaktivitetstilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det skal avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Som personell ved et dagsenter er det flere områder man kan prøve å tilrettelegge for at det skal være til det beste for brukerne.

Fysiske omgivelser er et av områdene man bør arbeide for. Her skriver Engedal og Hansen (2006) at de fysiske omgivelsene bør være utformet slik at miljøet er minst mulig tvetydig, omgivelsene må være trygge og stabile, og at det som skjer er forutsigbart. God skilting av for eksempel WC, med stor skrift og tydelige bokstaver. Mange personer med demens kan lese, og denne evnen kan være bedre bevart enn andre deler av språket. Det bør også tilrettelegges for både lys og støy som kan være forstyrrende elementer hos brukeren.

Bondevik (2012) skriver at mange eldre kan ha for lavt matinntak, og være i risikogruppen gruppen for underernæring. Mennesker med demens kan være et eksempel på dette. Dårlig appetitt hos eldre kan skyldes både psykologiske, medisinske, fysiologiske, sosiale og miljømessige årsaker.

Når man tilrettelegger måltidet, må det legges vekt på selve spisesituasjonen og brukerens funksjonsnivå. Stress hemmer appetitten og fordøyelsen. Brukerne trenger ro og god tid til måltidet, og må få selv få bestemme tempoet. Maten skal være appetittvekkende og velsmakende (Bondevik 2012:178). Demensplan 2020 skriver at personer med demens er svært utsatt for underernæring (Rognstad et.al 2013), noe som fører til unødvendig økt sykdomsbyrde, og at mange har god erfaring med sosiale og kulturelle aktiviteter knyttet til mat og måltidsfelleskap. Ifølge demensplan 2015 er matlaging og måltider en viktig del av et helhetlig bilde.

Miljøbehandling av personer med demens har som mål å redusere negative følger av sykdommen, og bidra til en kvalitativt bedre hverdag for de som er rammet (Engedal og Hansen 2006:293).

Videre skriver Engedal og Hansen (2006) at miljøet må kunne gi mulighet til å få til gode sett behov for selvbestemmelse, aktivitet og trygghet.

Demensplan 2015 skriver at kvalitet på omsorgstilbudet prøves i møtet mellom den ansatte og brukeren.

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere, som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis (Demensplan 2015:10).

Som ansatt vil man ofte oppleve at man kommer opp i vanskelige situasjoner som kan utfordre egne holdninger, verdier og etikk.

Jakobsen og Homelien (2011) skriver at etisk kompetanse er nødvendig for å kunne stå i situasjoner som er etisk utfordrende, gjøre etiske resonnementer og gjøre begrunnede handlingsvalg.

Som personell i et dagsenter, bør man kunne gi brukerne trygghet og omsorg, for å bidra til å øke livskvaliteten til brukerne.

Omsorg som mellommenneskelig interaksjon kjennetegnes ved sensitivitet overfor andre. Dette innebærer bruk av aktiv lytting, øyekontakt, berøring, bekreftelse og villighet til å gå utenom oppsatte rutiner. Det beskrives som det å være medmenneskelig, ikke bare det å være i verden, men å være i verden med andre (Finfgeld-Connett 2008, Rokstad 2015).

En stor utfordring for demensomsorgen er å sikre tilgang til tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse og sosialpersonell (demensplan 2015).

Stabilitet og kontinuitet i bemanningen gir trygghet, forutsigbarhet, personlig kontakt og tilvenning (Lingås 2011:57).

Jakobsen og Homelien (2011) skriver at i demensomsorgen er både den demensrammede og de pårørende pleiernes målgruppe, og at den kompetente pleier er oppmerksom og nærværende i det vedkommende gjør. Videre står det at kompetanse hos omsorgsgiveren er avgjørende for kvaliteten på det omsorgstilbudet personer med demens og deres pårørende får.

## **5.5 Dagsenter og økt livskvalitet**

Jo flere elementer som gjenkjennes, jo tryggere blir verden når man ikke helt har oversikt og husker hva som skjer (Engedal og Hansen 2006:351).

Per Kristian Haugen (2008) skriver i boken «Å leve med demens» at om ikke menneskene rundt brukeren skjønner blant annet hvordan brukeren opplever sin situasjon og hvilke behov han/hun har, så kan det få store konsekvenser for brukerens trivsel og fungeringsnivå.

Derfor er det viktig at personalet og mennesker rundt personen med demens har kunnskap om sykdommen, og hvilke konsekvenser den kan ha..

Når selvbildet slår sprekker, må personalet både hjelpe til egenomsorg og selvrespekt, bidra til å finne tilbake til holdbare verdier og et meningsfylt sosialt felleskap, alt i ramme av individuell tilnærming (Jakobsen 2007:70).

Ifølge Brooker (2013) er det viktig at personalet bruker den empatiske kompetansen sin i arbeidet for aktivt å kunne følge med på om personen med demens føler seg vel eller ikke. Personer med demens klarer ofte ikke selv si ifra når de kjenner ubehag.

Kjennskap til personer med demens sine livshistorier er viktig for å kunne forstå og møte vedkommende på en god måte (Rokstad 2015).

## **5.6 Pårørende**

Minst 250 000 mennesker er på ulike måter berørt av demenssykdommer i Norge i dag, og da regnes bare de nærmeste pårørende med (Helse og omsorgsdepartementet 2008, Jakobsen og Homelien 2011:12). Og når det forventes en økning av personer med demens i fremtiden, vil dette tallet økes betraktelig i årene som kommer.

Jeg har tidligere sett på begrepet pårørende, og i og med at familiestrukturen i samfunnet har endret seg gjennom tidene, har også pårørende begrepet blitt endret. Men pårørende anses her som noen som har omsorgsoppgaver for personer med demens.

Jakobsen og Homelien (2011) skriver videre at å være pårørende til personer med demens er en utfordring, og for mange en stor belastning, og dette forsterkes ved daglig omsorgsansvar.

Det er få sykdommer hvor pårørende lider like mye som den som sykdommen rammer. Demens er en av dem (Snoek og Engerdal 2008:184).

Når en i nær familie får sykdommen demens blir roller og relasjoner i familien endret (Krüger mfl 2006). Ensomhet og sosial isolasjon kjennetegner tilværelsen til pårørende som er omsorgsgivere for personer med demens (Jakobsen og Homelien 2011:24).

De fleste som utvikler demens sykdom er eldre mennesker, noe som innebærer at pårørende ofte også har en høy alder (Jakobsen og Homelien 2011:62).

Vellone mfl.(2007) fant i sin studie at gode dager og god helse for den syke, skaper god livskvalitet hos pårørende. Det letter skyldfølelsen og den dårlige samvittigheten når pårørende ser at den demensrammede har det godt og trives på dagsentret (Jakobsen og Homelien 2011:121).

Et viktig prinsipp for demensomsorgen i Norge skal være åpenhet og inkludering. Diskriminering og stigmatisering av personer med demens og deres pårørende skal motvirkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, Rokstad 2015: 6).

### ***5.7 Fire- perspektivmodellen for kommunikasjon***

Røkenes og Hanssen (2006) skriver at i møtet mellom mennesker kan vi tenke oss fire grunnleggende perspektiver som situasjonen oppleves ut fra:

1. Egenperspektivet (min verden) – vi ser verden ut fra vårt eget perspektiv, på bakgrunn av vår egen personlighet, våre holdninger og kunnskaper.
2. Andreperspektivet (din verden) – i samhandling må vi forholde oss til den andres opplevelse av verden.
3. Det intersubjektive opplevelse felleskapet (vår verden) – når vi kommuniserer, med-deler vi oss til hverandre, vi deler meninger, opplevelser og arbeider sammen om å gjøre sider av egenverdene felles. Gjennom denne prosessen skaper vi opplevelsesfelleskap.
4. Samhandlingsperspektivet (metaperspektivet, dvs. vårt perspektiv på samhandlingen mellom oss) – handler om å forstå samhandlingsprosessen og relasjonen mellom partene.

Disse perspektivene er grunnleggende i all kommunikasjon og samhandling.

De skriver videre at det som skjer i en samhandlingsprosess er avhengig av sammenhengen eller konteksten samhandlingen foregår i. Omverdenen oppleves forskjellig av forskjellige personer.

### **5.7.1 Relasjonskompetansen**

I følge Røkenes og Hanssen (2006) dreier relasjonens kompetanse seg om å forstå og samhandle med mennesker på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar hensikten med samhandlingen og ikke krenker den andre parten. Fagpersonen må kunne skape kontakt med andre mennesker (ibid 2006).

Å ha relasjonskompetansen i arbeid med mennesker innebærer å ha et reflektert forhold til hvilken betydning konteksten har for samhandlingen, å kjenne seg selv, å kunne leve seg inn i hvordan mennesker opplever verden, og å kunne tilrettelegge for fruktbare relasjoner og samspill (Røkenes og Hanssen 2006:39).

Røkenes og Hanssen (2006) skriver at en bærende relasjon innehar tillitt, trygghet og kontakt som grunnsteiner. Dette er viktig for å utveksle informasjon og meninger, og omsorgsgivere bør være tydelige, for å forebygge kommunikasjonsvansker.

Relasjonen må vektlegges i like stor grad som oppgavene som skal gjøres (Edvardsson, Varrailhon & Edvardsson 2008, Rokstad 2015).

## **6.0 Drøfting**

### **6.1 Dagsenter i praksis**

I et dagsenter som er tilrettelagt for mennesker med demens vil brukeren sannsynligvis bestå av mange ulike mennesker med forskjellige bakgrunner, de kan ha ulik alder, ulike kjønn, ulike opplevelser og de kan ha ulike demenssykdommer, der det også kan variere hvor langt i sykdomsbildet brukerne har kommet.

Mange av personene med demens har levd lange liv, og har skaffet seg mange erfaringer i livet, på godt og vondt. Gjennom et langt liv har man ofte opplevd både sorger og gleder, som er med på å forme oss til de menneskene vi er.

Personer med demens er mennesker med ulike opplevelser og erfaringer, noen har opplevd krigen, noen mistet noen av sine kjære, noen har reist mye, noen har vært sosiale hele livet, mens andre mer innesluttet. Alle disse menneskene har ulike områder som gjør at de har gode liv med deres egne syn på hva som er god livskvalitet for dem. Uansett når man



jobber med mennesker er det viktig å møte menneskene som de er, og respektere dem og deres liv.

Det for personalet å høre på de ulike historiene brukerne har, og være oppriktig interessert i dem kan bidra til at brukeren forteller mer. Personalet kan dermed få et innblikk i brukerens liv. Her kan personalet også få god hjelp av pårørende, de kan ha mye informasjon om brukeren og hans/hennes liv.

For å kunne tilrettelegge for at hver enkelt bruker skal få gode og tilrettelagte tjenester, som kan føre til bedre livskvalitet hos brukeren, må personalet kjenne personen med demens. Ifølge Rokstad (2015) så at ved å gi pasienten mulighet til å være seg selv så innebærer det at omsorgsgiveren kjenner vedkommende sine livsverdier og normer for slik å kunne bidra til at pasienten finner mening og mestrer sin egen situasjon.

Samtidig kan det være nyttig å vite hvor han /hun er kommet i sykdomsforløpet. Det kan si oss noe om funksjonsnivået, og hva vi kan forvente av brukeren. Dette kan også bidra til at personalet ved dagsentret kan tilrettelegge for at brukerne skal oppnå mestring.

Demensplan 2015 skriver at et dagaktivitetstilbud skal avlaste de nærmeste på dagtid, for at de skal klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Hvordan kan, og bør det tilrettelegges i dagsentertilbudet for at brukerne og pårørende skal kunne få gode opplevelser av dagsentret, som igjen kan bidra til økt livskvalitet? Her vil det være mange faktorer som kan virke inn.

### **6.1.1 Tilrettelegging av åpningstider**

Åpningstiden på et dagsenter er mest basert på åpningstider på dagtid, men er det alltid det beste for brukeren å ha et dagtilbud? Hvis man skal tenke individuelt tilpasset behov så kan det kanskje være mer hensiktsmessig for noen brukere med et aktivitets tilbud på ettermiddag og/eller kveld. Noen liker å sove lenge om morgenen, noen fungerer best senere på dag. For enkelte pårørende kan det kanskje bidra til økt stress i hverdagen å ha brukeren klar tidlig på morgenen, det kan igjen føre til at brukeren også blir mer urolig. Og kan det være at for pårørende også vil det kunne være mest hensiktsmessig å kunne få muligheten til avlastning andre tider enn bare på dag. Ifølge Engedal og Hansen (2006) så bør man tilpasse tilbudet etter brukerens behov, og ikke først og fremst etter arbeidslivets rutiner.

Det er forskjeller fra kommune til kommune om hvor mange dager dagtilbudet er åpent. Er dette tilpasset hva som vil være det beste for brukeren?

Vil man ved å ha et tilbud på dagtid tilrettelegge for det beste for brukeren og pårørende? Kan løsningen i større grad være å prøve å tilrettelegge for hver enkelt bruker, ved å ha flere alternativ til åpningstiden. Dette kan by på problemer i forhold til personal og økonomi. Vil dette kreve et for stort budsjett til at det prioritets?

Samtidig så kan ett ettermiddag/kvelds åpent tilbud åpne for andre aktiviteter enn det som ofte er på dagtid, for eksempel kino.

Det at det finnes et godt system for henting og levering av brukeren kan nok være med å bidra til hverdagen blir enklere for pårørende, de slipper kanskje å bekymre seg for å kjøre selv i all slags vær, og de slipper unødige kostnader.

### **6.1.2 Fysisk utforming på dagsentret**

Det at utformingen på dagsentret er tilrettelagt for personer med demens kan bidra til å øke livskvaliteten ved at brukerne selv kan føle at de er selvstendige på noen områder, merking av WC kan medføre at brukeren ikke trenger å spørre personalet om hvor det er, men kan selv finne frem. En tavle som forteller de noe om hvordan dagen skal bli, og hva som er til middag kan bidra til forutsigbarhet. Ifølge Engedal og Haugen 2006 kan mange personer med demens kan lese, og denne evnen kan være bedre bevart enn andre deler av språket. Utformingene kan bidra til forutsigbarhet og trygghet i dager som ellers kan være kaotiske for dem.

Kan rolige omgivelser som for eksempel havet virke beroligende, og i motsatt fall omgivelser med mye folk og biler virke forstyrrende for brukerne? Jakobsen (2007) skriver at mennesker med demens ofte har en overfølsomhet for sanseinntrykk samtidig som de i begrenset grad evner å beskytte seg mot dem (Cars og Sander 2002). En synlig klokke på veggen, der dag, dato og der det står om det er natt/dag kan hjelpe den demente å holde kontroll på tiden. Samtidig kan dette føre til økt forvirring hos noen, og føre til et økt fokus på tiden. De fysiske utformingene på dagsentret må tilrettelegges den gruppen som er der. Personalet må være oppmerksom på hva som fungerer, og hva som ikke fungerer optimalt for brukerne.

### **6.1.3 Personalet på dagsentret**

Personalet på dagsentret må, for å kunne gi brukerne gode tjenester på dagsentret, ha kunnskap om sykdommen, og vite hva den kan føre til og hvordan den kan utvikle seg. Det finnes flere former for demens, og for å best mulig kunne forstå og kunne tilrettelegge for hver enkelt bruker, kan det ofte være nødvendig å vite om hvilken diagnose brukeren har. Dette vil også gjelde i forhold til hvor langt brukeren er kommet i sykdomsbildet. På den ene siden kan dette gi oss en forutinntatthet ovenfor brukeren, og vi danner oss bilder av brukeren uten å kjenne han/hun godt nok. På den andre siden kan det gi oss nyttig informasjon om brukeren og hans/hennes funksjonsnivå.

Personalet skal kunne skape gode relasjoner med brukeren og pårørende, og kunne samarbeide for at dagene skal bli best mulig både for bruker og hans/hennes pårørende.

Krüger (2006) skriver at selv om småpratene ikke har all verdens innholdsmessige verdi, kan den åpenbart ha stor betydning for mennesker som ikke lenger har tankekraft til de store temaene, og at for dem kan småpratene være trygge og gi en følelse av tilhørighet og delaktighet.

Behovet for å være sosiale er tilstede hos alle mennesker, men i varierende grad.

Personalet må utvise varhet for den enkeltes behov for kontakt med andre, samtidig som man forebygger sosial isolasjon (Jakobsen 2007).

En av personalets oppgaver kan være å prøve å motivere brukere til å være med på de ulike aktivitetene som foregår.

Samtidig bør også personalet kunne evne å arbeide tverrfaglig, for å kunne tilby brukerne best mulig tjenester. Bemanningen på dagsentret bør være tilrettelagt for behovene til brukerne og antallet brukere. Det å ha en god bemanningsnorm kan bidra til at man får bedre tid til hver enkelt, og individuell tilrettelegging lettere lar seg gjøre.

Røkenes og Hanssen (2006) skriver at dyktige fagfolk møter hele mennesket, og kan samhandle med andre mennesker som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse. Fagpersonen skal kunne lytte, og være med å fremme medvirkning.

### **6.1.4 Måltider**

For mange mennesker er mat, og sosiale stunder ved matbordet medvirkende til å ha god livskvalitet. Det å spise god mat sammen med andre mennesker kan være med å gi

mennesker gleder, og det kan være mange gode samtaler rundt et matbord. Og når vi også antar at livskvalitet har en sammenheng med fysisk helse, vil riktig ernæring og tilstrekkelig med drikke kunne bidra til at man føler velvære, og at kroppen får dekt nødvendige næringsstoff og veske. Dette kan føre til at kroppen fysisk fungerer bedre, og kan være mer rustet mot infeksjoner og andre plager som igjen kan forringe livskvaliteten både for brukeren selv og for pårørende. Hvis brukeren får tillegges plager kan det by på tøffere perioder for alle parter. I verste fall kan underernæring og dehydrering føre til sykehus og/eller sykehjems innleggelse.

Her vil personalets bevissthet om hver enkelt bruker, kunne være med å avgjøre om måltidet skal bli en god opplevelse for brukeren. Det kan være ved å plassere gruppen på en god måte, sørge for å ha mat som brukerne liker, og tilrettelegge for at brukerne selv skal kunne smøre og spise maten selv. Personalet skal tilby hjelp om det er nødvendig. Hvis personen med demens bor alene, kan måltidene på dagsentret sikre at personen får tilstrekkelig med mat og drikke disse dagene.

### **6.1.5 Aktiviteter**

Det er viktig å tilrettelegge for gode dager for brukerne på dagsentret. Og aktiviteter bør tilrettelegges for brukerne, og deres ønsker og interesser. Miljøbehandling kan bedre personen med demens sin livskvalitet og redusere behovet for medisiner (Snoek og Engedal 2008:183). Her gjelder å finne frem områder som brukeren mestrer, og finne interessene til brukeren. For å få til det må man ha en god dialog med brukeren og pårørende for å kartlegge interesse områdene til den enkelte. Og selv om forutsigbarhet gir trygghet i hverdagen, trenger ikke alle dager være like. Brooker (2013) skriver at personer med demens som tidligere likte å prøve nye ting, vil fremdeles gjøre det, men at personalet følger med på kroppsspråk og reaksjoner på nye situasjoner for å finne ut hva som fungerer.

Et dagsentertilbud bør bestå av aktiviteter som gir mening og opplevelser.

Mennesker med demens har utbytte av å delta i aktiviteter som trim, håndarbeid, musikk, rytme og dans. Ved å delta viser erfaringene at det har bedring i forhold til sosial fungering, uro og trivsel (Engedal og Haugen 2006). Aktiviteter kan også bestå av dagligdagse gjøremål, som å dekke og vaske bord. Personalet bør være bevisst på at brukeren kan være med på å utføre ulike oppgaver på dagsentret, og at de ofte kan hjelpe til med oppgaver som personalet gjør uten å tenke over det.

Mennesker med demenssykdom er i forskjellige aldrer, selv om majoriteten er den eldre befolkningen. Det å ha dagsentertilbud som er tilrettelagt for de forskjellige aldersgruppene kan være nødvendig for å gi brukerne gode tilbud. Demens kan ramme flere aldersgrupper, og for noen personer med demenssykdom kan det være hensiktsmessig å være sammen med andre i samme alder.

Litteraturen rapporterer at det mennesker med demens vurderer som viktigst med dagtilbud, er å møte andre på samme alder og få nye bekjenskaper. Dessuten oppleves det positivt å ha noe fast å gå til utenfor hjemmet og å skifte oppholdssted (Krüger mfl 2006:56).

Kommunene legger i større grad opp til at mennesker med demens skal bo hjemme lengst mulig. Det er et mål at alle skal gis muligheten til å bo hjemme lengst mulig og motta tilrettelagte tjenester (Demensplan 2020).

Kan kommunale ønsker om at mennesker skal bo lengst mulig hjemme ha noen negative innvirkninger? Utslitte pårørende? Kan dette dekkes opp av et dagsentertilbud, og er et dagsentertilbud tilstrekkelig avlastning? Passer et dagsentertilbud for alle? Hva med de som faller utenfor, og deres pårørende.

Hva med den dagen pårørende ikke greier mer, er det da ledig plass på sykehjemmet eller må de vente på en ledig plass? Og hvordan vil dette gjøre utslag for personen med demens og pårørende sin livskvalitet?

Samtidig så kan det nok for mange ved å ha et dagsenter tilbud bidra til at pårørende kan ha sine hjemme lengre enn om dagtilbudet ikke var tilstede. Mange har nok et ønske om å bo hjemme så lenge som mulig, og for mange gir det økt livskvalitet å kunne ha muligheten til å bo hjemme.

Hvor enkelt vil være å få til et dagsentertilbud der man har god kvalitet, og et personell som har kunnskap og erfaring om demens? Kan det ende opp med at dagsentertilbudet blir en oppbevaringsplass for personene med demens, der livskvaliteten faktisk kan bli dårligere ved å være der?

## **6.2 Fire perspektiv modellen anvendt i dagsentret**

Når man jobber med mennesker med sykdommen demens og deres pårørende er kommunikasjonen svært viktig. Fireperspektiv modellen kan hjelpe oss med å prøve å innta andre sine perspektiver, samt forstå oss selv i kommunikasjonen. Den kan også gjøre oss mer bevisst på hva som skjer når vi kommuniserer med andre, her brukere og pårørende.

Samtidig skriver Røkens og Hanssen (2006) at det er viktig å huske at fire perspektiv modellen er en grov forenkling av noe veldig komplekst, og dermed kan detaljer og nyanser gå tapt.

Når man kommuniserer med andre er det lett å se verden fra eget ståsted, og fra egne erfaringer. Som personal ved dagsentret kan man forstå brukeren ut fra erfaringer man tidligere har fra andre brukere, og eventuelle personlige erfaringer. Dette kan igjen påvirke kommunikasjonen. Det å tilpasse kommunikasjonen til hver enkelt bruker vil være viktig for at brukeren skal føle seg sett og hørt. De viktigste faktorene ser ut til å være fagpersonens evne til innlevelse og empati, det vil si at brukeren føler seg forstått, og at fagpersonen viser respekt og oppleves som en varm og ekte person (Røkenes og Hanssen 2006:17).

Det å jobbe med mennesker med demens sykdom kan utfordre kommunikasjonen, for ved demens svikter evnen til kommunikasjon på flere felt (Jakobsen 2007).

Det å prøve å sette seg inn i situasjonen til brukeren, og ha kunnskap om brukeren og hans/hennes sykdom kan hjelpe oss med å forstå hvordan den andre har det.

Personalet på dagsentret må tilpasse samtalen, og informasjonen til hver enkelt bruker. For å prøve å fremme gode dager for brukerne må personalet ta seg tid til å lytte, og være anerkjennende.

Kjennskap til personer med demens sine livshistorier er viktig for å kunne forstå og møte vedkommende på en god måte (Rokstad 2015:7).

I møte med pårørende bør personalet prøve å sette seg inn i pårørende sin situasjon, og evne å prøve å forstå pårørende. Det er lett å stå utenfor å mene både det ene og det andre. Personalet bør heller arbeide for å få en god relasjon med pårørende, der det er rom for gode samtaler. I disse samtalene bør det være rom for at pårørende kan ha muligheten å fortelle om sin situasjon. Personalet bør være en støttende part til de pårørende. Å ha et godt samarbeid med pårørende vil kunne komme både brukeren og pårørende til gode, ved at man får økt kunnskap om hver enkelt person.

Å kommunisere handler om å gjøre noe til et felles anliggende, det dreier seg om å skape en forståelse av hverandres oppfatning eller følelse, og ved demens kan kommunikasjonen svikte på flere felt. Den demente kan ha både problemer med å uttrykke seg verbalt og å forstå verbal kommunikasjon (Jakobsen 2007).

Som personal i et dagsenter som er tilrettelagt for mennesker med demens, må de som arbeider der være i stand til å etablere relasjoner med brukerne og deres pårørende.

Det å kunne skape en relasjon til brukeren vil være nødvendig for å skape en god hverdag for brukeren når han/hun er på dagsentret.

Hva skjer om fagfolk ikke har relasjonskompetansen og ikke klarer å skape god kontakt med brukerne? Vil det kunne føre til at dagene på dagsentret blir utrygge og vanskelige for brukeren, og dermed fører til svekket livskvalitet? Og kan dette igjen føre til at brukeren blir mer utrygge/uroelige hjemme, som igjen kan påvirke livskvaliteten til pårørende?

Fagfolk som ikke klarer å skape tillit og gjensidig respekt i relasjonen, har ofte tapt på forhånd (Røkenes og Hanssen 2006:25).

Kunnskap om hvilken demens sykdom brukeren har, kan bidra til økt forståelse av sykdommen blant personalet ved dagsentret, og det kan igjen bidra til at det blir mer fokus på individuell tilpassing.

Demensplan 2020 skiver at for å redusere tvang og skape trygghet og samarbeid, er det av stor betydning å etablere tillitsfulle relasjoner til personen med demens. Samtidig som personalet også må være oppdatert faglig, og utvikle bevissthet og metoder for å sikre brukeren unødige overtramp og lidelser.

### **6.3 Livskvalitet**

Å kartlegge hva som er livskvalitet hos en med demens sykdom kan være en utfordring, det vil kreve gode relasjoner og et godt samarbeid mellom personal og brukeren, og hans/hennes pårørende.

Følge Krüger mfl (2006) indikerer data fra kvalitative studier at personer med demens i de fleste tilfeller kan gi meningsfull informasjon om hvordan de opplever sin egen situasjon, og at fraværet av pasientperspektivet kan være et uttrykk for vanetenking, manglene initiativ og fordommer hos fagfolk (Krüger mfl 2006:68).

Det å ha en god relasjon med brukeren, vil mest trolig kunne si oss noe om livskvaliteten til personen, det å ta seg tid til å lytte og ta personen på alvor vil nok kunne gi oss en pekepinn på hva brukeren selv mener. Kanskje er det nødvendig å innhente informasjon fra pårørende for å få et best mulig bilde av brukeren. Å vite noe om hva brukeren selv mener er god livskvalitet for han/henne kan være med å bidra for tilrettelegging for gode dager på dagsentret.

Krüger mfl(2006) skriver at livskvalitet er et begrep som endrer seg gjennom livet, og at begrepet også trolig forandrer seg i forløpet av en demenssykdom.

Dette vil medføre at personal som kjenner brukeren godt bør være oppmerksom på brukeren, og observere og lytte om det er signaler som tyder på at brukeren ikke er tilfreds med situasjonen. Gjennom å kjenne personen, lytte til pårørende, ha kunnskap og erfaringer om demenssykdom kan personalet ved dagsentret kanskje kunne se om brukeren har det godt på dagsentret.

Ifølge Kitwood finnes det et genuint selv i alle mennesker, og at det er avgjørende å møte ethvert menneske som unikt, samt prøve å forstå deres livshistorie og bakgrunn, og sette pris på deres verdier og preferanser. Det er mulig for personer med demens å oppleve en relativt høy grad av velvære og livskvalitet forutsatt at hans eller hennes grunnleggende psykiske behov blir møtt. Både i de tilfeller hvor personverdet blir styrket og i situasjoner der det undergraves, vil det ha konsekvenser for personen som lar seg observere (Kitwood, 1999). Når personverdet er understøttet, kan vi observere at personen gir uttrykk for velvære og trivsel. I motsatt fall vil vi kunne observere nedtrykthet, utfordrende atferd og apati. Manglende livskvalitet og fortvilelse knyttet til demens er ikke bare et resultat av de hjerneorganiske forandringer og de kognitive symptomer forbundet med demensutviklingen, men også i høy grad relatert til kvaliteten på omsorgspraksis og graden av sosial støtte fra omgivelsene (Rokstad 2015: 5).

For å kunne se og tolke signalene til brukerne, vil det å kjenne brukerne godt ha stor betydning. Det vil kunne være avgjørende for å yte god omsorg, som kan bidra til å øke livskvaliteten til personene med demens.



## **6.4 Livskvalitet hos pårørende**

Det at pårørende får tilstrekkelig med avlastning kan føre til at de kan ha sine hjemme lengre, det kan nok også være med å bidra til at man får hvile seg. Dette kan bidra til at man får bedre tålmodighet ovenfor personer med demens. På denne måten kan kanskje dagsentret også gi brukeren bedre livskvalitet når brukeren er hjemme, ved at pårørende har mer energi og tålmodighet. Det er viktig for både personen med demens, og deres pårørende, at de er trygg på at dagsentertilbudet er av god kvalitet. Og at det er en plass brukeren trives. Dette kan bidra til at pårørende greier å slappe av og få hente nye krefter når den andre er på dagsentret. Samtidig kan de få utført egne interesser, som gir de energi og gode følelser.

Dagsentret skal avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Samtidig kan dette kanskje føre pårørende strekker seg lengre enn det de selv har helse og overskudd til? Som skrevet tidligere har ofte pårørende også en høy alder, ofte med aldersrelaterte utfordringer.

Ifølge Jakobsen og Holmelien (2011) finnes det forskning rundt pårørende til personer med demens som beskriver både negative, stressende erfaringer som gir symptomer på sykdom og helsesvikt, og positive erfaringer som er bekreftende, livgivende og gir energi.

Dette kan fortelle oss noe om selv om det ofte er belastende å ha omsorg for personer med demenssykdom, kan det også være til være til glede. For mange kan det være livskvalitet å få ha sine hjemme så lenge som mulig.

Ved å kunne ha et dagsentertilbud til personen med demenssykdom, kan den som har omsorgen lettere komme seg ut å være sammen med andre mennesker, man kan ha muligheten til å være sosial, ta vare på seg selv, fjellturer, slappe av og kanskje ta seg en bytur. Dette kan være områder det kan være vanskelig for noen å gjøre sammen med sine. Noen pårørende kan også fortsatt være i arbeidslivet, og her dagsentret bidra til at man kan fortsette i arbeidet om det er ønskelig.

Dette kan være områder som er viktige for at pårørende skal få økt livskvalitet.

Det å ha en dagbok, som går mellom hjem og dagsenter, der personalet på dagsentret skriver om dagens hendelser, kan bidra til at pårørende kan lese hvordan dagen har vært. Dette kan bidra til at de har noe å samtale om hjemme, og pårørende kan lettere forstå hva

den andre mener. Samtidig får pårørende et innblikk i hvilke aktiviteter det er i dagsentret, og hvordan dagen har vært.

Jakobsen og Holmelien (2011) skriver at for pårørende er det vesentlig å ha kontroll over sitt eget liv, da dette er vesentlige elementer i menneskers opplevelse av trygghet og velvære. Pårørende har behov for hjelp og støtte for å mestre de psykiske, fysiske og sosiale belastningene som demenssykdom hos nære familie fører med seg. Støtte til pårørende henger sammen med forståelse av deres situasjon og behov. Hovedhensikten er å bygge opp under helsefremmende prosesser for å redusere stress og belastning og dermed gjenskape kontroll (Nolan et al 2002, Jakobsen og Holmelien 2011:109).

Her kan man som helsepersonell i dagsentret legge til rette for god kommunikasjon og godt samarbeid. Når man kjører hjem brukeren om dagen, kan man kanskje ta seg tid til en liten prat med pårørende. Man kan fortelle om hvordan dagen har vært, samtidig som man tar seg tid til å høre hvordan pårørende har det.

## **6.5 Kultur blant personalet**

Blant faktorene som påvirker hvordan det arbeides på et dagsenter, er arbeidskulturen man har der.

En kultur reflekterer ifølge Schein (1987: 5) observerte regelmessigheter i atferd, felles normer, de viktigste verdiene organisasjonen forfekter, en filosofi, spilleregler – de knepene nyansatte må lære, stemningen og klima (Jakobsen 2007:16).

Arbeidskulturen på dagsentret kan være avgjørende for om det er en god plass for brukerne å være. Er kulturen blant personalet at de skal ha fokus på brukeren, der det jobbes med brukermedvirkning og individuell tilrettelegging, vil dette kunne føre til økt livskvalitet hos brukerne. Hva skjer om kulturen blant personalet er at brukerne ikke husker noen ting uansett, og ikke bryr seg om å gjøre en god jobb, vil dette kunne påvirke brukerne til at livskvaliteten svekkes, både blant brukerne og deres pårørende?

Ifølge Jakobsen (2007) er fenomenet arbeidskultur reelt og har tilsynelatende stor betydning for våre handlingsvalg. Det er holdepunkter for å anta at kulturen er avgjørende for kvaliteten og effektiviteten i organisasjonen.

Vi lærer at vi skal behandle andre mennesker med verdighet og respekt, men hva hvis det snakkes på en uverdigg måte til brukerne på? Er det en kultur på arbeidsplassen om at dette

er greit, og hvordan vil det utvikle seg om ingen sier fra? Det å si fra kan være vanskelig, men nødvendig. Å ha kulturer der man kan ha konstruktive og faglige diskusjoner i personalgruppen kan føre til et økt fokus på brukerne, og på hvordan personalet selv er i samspillet med brukerne.

Ifølge Brooker (2013) så må verdsetting av mennesker starte øverst i organisasjonen, og at hvis de ansatte skal se kommunikasjon, helhet og omsorg som viktige elementer i arbeidet med personer med demens, må de finne igjen disse elementene i hvordan organisasjonen behandler de ansatte.

Schein (1987) hevder at det er viktig å forstå kulturen for å kunne påvirke positivt med varige resultater (Jakobsen 2007:16).

Det dannes en virkelighetsoppfatning om hva oppgavene egentlig går ut på, hva som er viktig og mindre viktig (Bredland, Line og Vik 2011: 30).

Kulturen blant de ansatte på dagsentret kan påvirke tilbudet brukerne får. Det handler om hvilket fokus personalet har, er fokuset på brukervedvirkning og individuell tilrettelegging? Dette er svært viktige områder for å bidra til økte livskvalitet hos brukerne.

I Demensplan 2015 står det at det er en stor utfordring for demensomsorgen å sikre tilgang til tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse og sosialpersonell, og vil dette kunne ut over kvaliteten på dagsentrene? Hva må til for å sikre at personalet på dagsentret har både kunnskap og erfaring om sykdommen? Og hvordan sikre at personalet har personlige egenskaper som gjør dem til attraktive arbeidstakere?

Det å ha gode ansatte rundt seg for brukerne kan innvirke på livskvaliteten til brukerne.

Det er viktig at vi som jobber med mennesker kan behandle menneskene med respekt og verdighet, og at det er en kultur for dette på arbeidsplassen.

## 7.0 Avslutning

### Framtid

Ho var redd.

Redd for framtida.

Den låg i mørk skugge.

*Eg skal ta meg av deg.*

Då gret ho.

Ikkje av lettnad.

Ho gret av innsikt

I si eiga framtid.

Tatt frå boka : Veggen inn i skoddeheimen av Inger Anne Ree Hunderi og Ola Hunderi (2009). Dette er ei bok skrevet av ekteparet Hunderi, om hvordan livet vart etter at Inger Anne fikk diagnosen Alzheimer. Boken inneholder også bilder som Inger Anne har malt, mens diktene er skrevet av Ola, dette er dikt det er vanskelig å ikke la seg berøre av.

Redselen for å få demens er nok tanker mange av oss er innom i løpet av livet. Kan denne redselen reduseres litt ved at man vet at egne individuelle ønsker og behov blir ivaretatt, og at det er fokus på livskvalitet? Og da menes det hva som er livskvaliteten til hvert enkelt menneske. Det å vite at om man blir rammet av sykdommen så har man brukermedvirkning, man har mennesker rundt seg som har fokus på livskvalitet. Selv om det er vanskelig å måle livskvaliteten hos mennesker med demens, vil ofte personen med demens selv kunne si oss noe om hans/hennes livskvalitet. Og når sykdommen kommer lengre kan man kanskje sammen med personalet på dagsentret som kjenner personen godt, og pårørende kunne si noe om hvordan personen med demens har det. Ved å oppnå kontakt med brukeren når han er i en tidlig fase av sykdommen kan man få bedre tilgang på hva som er livskvalitet for akkurat denne personen, og man kan kartlegge personens ønsker og behov lettere. Samtidig er dette en sykdom det kan være vanskelig å snakke om, som igjen kan føre til at slike samtaler kan bli vanskelig. Her vil fagpersonenes evne til å knytte relasjoner kunne være av betydning.

Jeg har lest en del litteratur om emnet demens, og det har gitt meg et større og mer nyansert bilde av sykdommen demens. Jeg har fått mer kunnskap om sykdommen, på godt og vondt. Håpet er at det i fremtiden kan finnes medikamenter som kan holde sykdommen i sjakk, og reduserer progresjonen i sykdommen. Det jeg savner når jeg leser om mennesker som får demens er fokuset på brukermedvirkning, det synest jeg personlig er litt fraværende. Er det sånn at når man får demens så mister man mye av retten til å bestemme selv? Brukermedvirkning er blant en av de viktigste veiene til livskvalitet, og dette bør det være fokus på.

Å bli respektert og elsket for den du er, uansett hvordan sykdom og lidelser preger deg og din atferd, er, ifølge Kitwood, det største behovet mennesket har (Jakobsen 2007:67).

## **7.1 Konklusjon**

### **Hvordan kan dagsentertilbud påvirke hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende sin livskvalitet?**

Jeg tror at ved å ha et dagsentertilbud til mennesker med demens kan både de og deres pårørende få bedre livskvalitet. Det er viktig at dagsentertilbudet er av god kvalitet, at de ansatte har relevant kunnskap og erfaringer. Tilbudet bør tilrettelegges for hver enkelt bruker, og etter brukerens egne ønsker og behov så langt det lar seg gjøre. At pårørende får nødvendig støtte og avlastning kan også bidra til å gi de pårørende økt livskvalitet, og kan ha sine lengre hjemme.

## 8.0 Litteraturliste

Bondevik, Margaret og Harald A Nygaard (2012). *Tverrfaglig geriatri: en innføring*, 3 utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse*, 3 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brooker, Dawm (2013). *Personsentrert demensomsorg*. Tønsberg: Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Brækhus, Anne og Birger Lillesveen (2005). *Utredning av demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2006). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*, 4 utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fagplan (2012). *Bachelor i vernepleie – vernepleierens arbeidsmodell*. Høgskolen i Molde.

Helse og omsorgsdepartementet (2007). Delplan til Omsorgsplan 2015. *Demensplan 2015*. «Den gode dagen»

Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn.*

Hunderi, Ree Inger Anne og Ola Hunderi (2009). *Vegen inn i skoddeheimen.* Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.

Jakobsen, Rita (2007). *Ikke alle vil spille bingo.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Jakobsen, Rita og Siri Homelien (2011). *Pårørende til personer med demens.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Krüger, Ragnhild M. Eidem m. Arnfinn Eek, Per Kristian Haugen, Øyvind Kirkevold, Aase-Margit Nygård og Torgeir Bruun Wyller (2006). *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre.* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Lingås, Lars Gunnar (2011). *Over andres dørstokk, 3 utgave.* Oslo: Kommuneforlaget AS.

Rokstad, Anne Marie Mork (2015). *Bli kjent med demens-pasientene.*

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2006). *Bære eller breste, 2 utgave.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer.* Otta: Akribe

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt!*

Internettsider:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=453> (Lest 18.01.16).

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer> (Lest 19.04.16).

<https://helsedirektoratet.no/demens/dagaktivitetstilbud-for-personer-med-demens> (Lest 13.05.16).

<https://helsedirektoratet.no/demens> (Lest 01.02.16).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/116/Glemsk-men-ikke-glemt-IS-1486.pdf> (Lest 19.04.16).

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og bruker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker) (Lest 01.02.16).

<http://www.demensperspektiv.net/alzheimers-request/> (Lest 01.02.16).



**Vedlegg 1: Selvvalgt pensum**

Nr:	Forfatter:	Tittel:	År:	Sidetall i bok:	Sum sider:
1.	Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik	<i>Det handler om verdighet og deltagelse, 3 utgave</i>	2011	36-47	11
2.	Engedal, Knut og Per Kristian Haugen	<i>Lærebok demens. Fakta og utfordringer, 4 utgave.</i>	2006	15-32, 51-62 293-310, 347-355	52
3.	Jakobsen, Rita	<i>Ikke alle vil spille bingo.</i>	2007	25-46, 62-100, 140-170	89
4.	Jakobsen, Rita og Siri Homclien	<i>Pårørende til personer med demens.</i>	2011	12-17, 24-40, 62-65, 121-125	28
5.	Krüger, Ragnhild M. Eidern m. Arnfinn Ilek, Per Kristian Haugen, Øyvind Kirkevold, Aase-Margit Nygård og Torgeir Bruun Wyller	<i>Evlige utfordringer. Helsejenester og omsorg for eldre.</i>	2006	48-56, 63-74	19
6.	Rokstad, Anne Marie Mork	<i>Bli kjent med demens- pasientene.</i>	2015	1-6	5

SUM: 204

Selvvalgt pensum godkjennes herved av veileder

19.05.2016  
Dato

Helene Hanset Willa  
Signatur veileder