

# BACHELOROPPGÅVE

**Emne:** Bacheloroppgåve i sjukepleie

**Emnekode:** SK 152

**Tittel:** Eit manglande ledd i omsorgskjeda?

A missing link in the chain of care?

**Kandidatnummer:** Kari-Anne Tisthamar

**Eksamensdato:** 23. april 2010

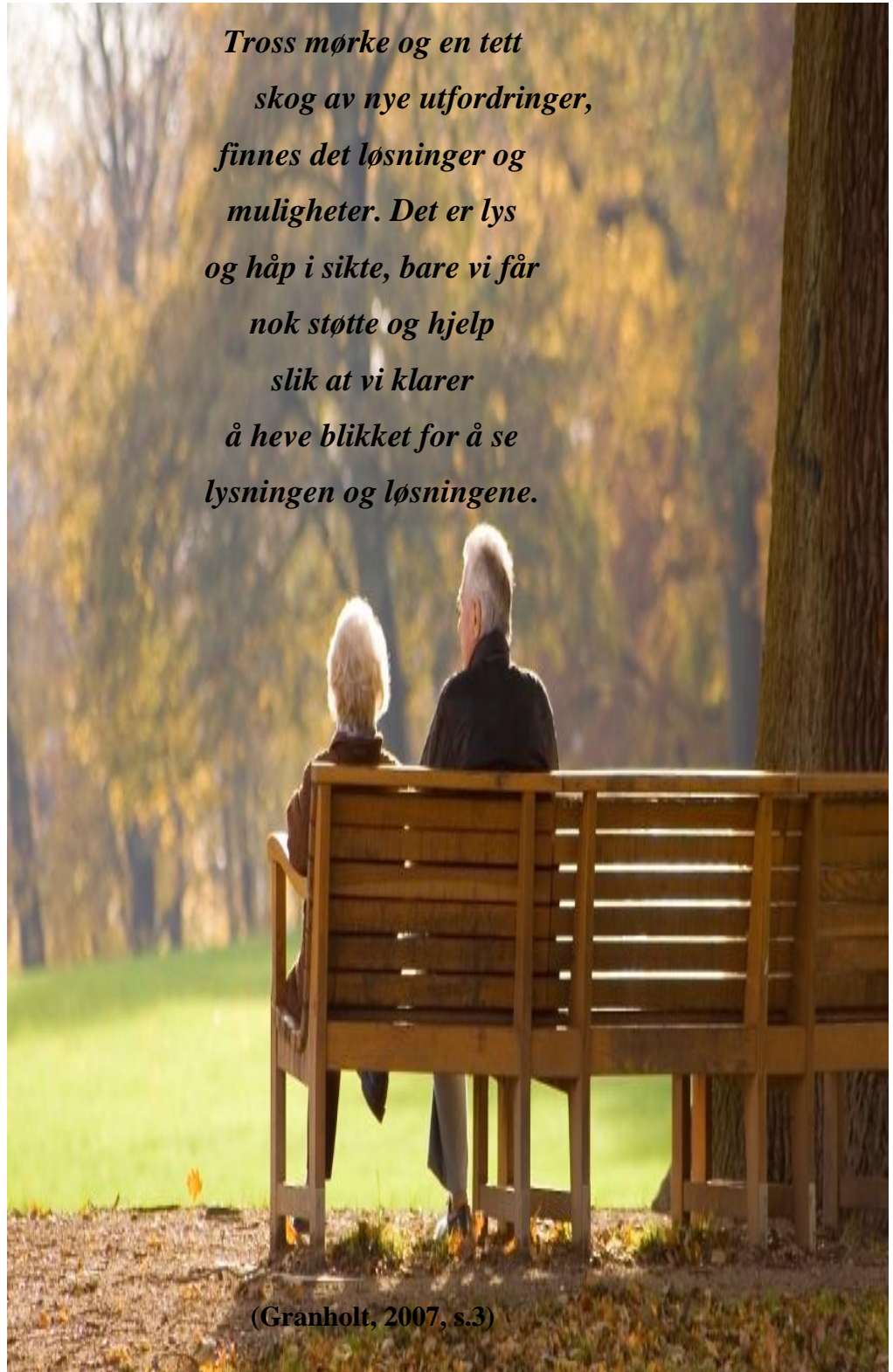
**Kull:** 51

**Tal ord:** 6977

**Rettleiar:** Bente Gunn Melheim



*Tross mørke og en tett  
skog av nye utfordringer,  
finnes det løsninger og  
muligheter. Det er lys  
og håp i sikte, bare vi får  
nok støtte og hjelp  
slik at vi klarer  
å heve blikket for å se  
lysningen og løsningene.*



*(Granholt, 2007, s.3)*

## SAMANDRAG

**Tittel:** Eit manglande ledd i omsorgskjeda?

**Problemstilling:** På kva måte kan dagtilbod vere viktig for heimebuande personar med demens?

Mange stadar blir dagtilbod omtala som eit manglande leddet i omsorgskjeda. Denne litterære oppgåva prøvar å belyse korleis dagaktivitetstilbod kan vere viktig for heimebuande personar med demens. Talet på eldre mennesker er aukande og fleire får demens. I dag er det om lag 70 000 personar med demens i Norge, og minst halvparten av desse bur i eigen heim. Det å tilrettelegge for at personar med demens kan få bu heime lengst mogeleg er ei politisk målsetting, og dagtilbod kan i denne samanheng vere eit viktig supplement. Undersøkingar visar at dagtilbod er eit godt tilbod til personar med demens, samstundes som det kan verke avlastande for pårørande og dermed vere med på å utsette innlegging i institusjon. Dagtilbod som er spesielt tilrettelagt for heimebuande personar med demens er lite utbygd i Norge, kun tretti prosent av alle norske kommunar har slike tilbod. Det er naudsynt med ei betydeleg satsing på dagtilbod i åra framover for å møte behovet for behandlingstilbod utanfor institusjon. Av Demensplanen går det fram at alle kommunane i landet bør kunne tilby eit tilrettelagt dagaktivitetstilbod for personar med demens innan 2015. Eit godt tilrettelagt dagsentertilbod kan vere av stort betydning for at personar med demens og deira familiar skal oppleve kvardagen som trygg og meiningsfull.

## ABSTRACT

**Title:** A missing link in the chain of care?

**Problem:** How can the provision of day care be important to dementia patients living at home?

Provision of day care is often referred to as a missing link in the chain of care. This thesis attempts to illustrate how access to day care can be important to dementia patients living at home. The number of elderly people increases and more people suffer from dementia. There are approximately 70 000 dementia patients in Norway today, with at least half of them living at home. It is a political goal to enable them to live at home as long as possible and, in this context, day care can be an essential supplement. Studies show that day care is good for dementia patients.

Simultaneously, it may ease the situation for their families and thus help postpone the placement of patients in institutions. Day centers especially adapted to dementia patients living at home are rare in Norway; only thirty percent of all Norwegian municipalities offer this kind of service. Hence, a substantial increase in day care is necessary in the years to come in order to meet the demands of treatment possibilities outside of institutions. According to the dementia plan of the Norwegian Directorate of Health all municipalities ought to be able to provide suitable day care to dementia patients by 2015. Access to a well-adjusted day center can be essential for people with dementia and their families to experience life as safe and meaningful.

# INNHALD

<b>1.0 INNLEIING</b> .....	s. 1
1.1 Problemstilling med avgrensing .....	s. 1
<b>2.0 METODE</b> .....	s. 2
<b>3.0 TEORI</b> .....	s. 4
3.1 Kva er demens? .....	s. 4
3.2 Behovet for sjukepleie .....	s. 5
3.2.1 Sjukepleie til personar med demens .....	s. 6
3.2.2 Menneskesyn .....	s. 7
3.3 Kommunale tjenester.....	s. 7
3.3.1 Heimesjukepleia .....	s. 8
3.3.2 Tverrfagleg samarbeid.....	s. 9
3.4 Dagtilbod .....	s. 9
3.5 Livskvalitet.....	s. 10
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	s. 11
4.1 Eit manglande ledd i omsorgkjeda?.....	s. 11
4.2 Viktigheita av dagtilbod .....	s. 13
4.2.1 Sosial kontakt .....	s. 14
4.2.2 Utset innlegging i institusjon?.....	s. 14
4.2.3 Livskvalitet .....	s. 15
4.3 Er det politisk og økonomisk vilje til å etablere dagtilbod? .....	s. 16
4.4 Veiskaper og styrker med oppgåva .....	s. 18
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	s. 19
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	s. 21

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

## 1.0 INNLEIING

Med bakgrunn i egne erfaringar ønskte eg å fokusere på demensomsorg, med hovudfokus på viktigheita av tilrettelagde dagsentertilbod. Eg har jobba ein del med personar med demens, både i heimesjukepleien og på skjerma eining, og har sett mangelen på dagsentertilbod i min eigen kommune. I Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.7) vert det hevda at dagens omsorgstjenester ikkje er tilstrekkeleg utbygd og tilrettelagt for personar med demens. Ei målsetting er at alle kommunane i landet bør kunne tilby eit tilrettelagt dagaktivitetstilbod for personar med demens innan 2015, anten i eigen heim, i sjukeheim eller som dagsentertilbod (ibid. s.20). Dette var eit mål som vekte interesse hos meg, og var med på å motivere meg til å velje dette temaet i mi oppgåve.

Mange hevdar vi står ovanfor ei eldrebølge og talet pasientar som har ein demens diagnose er aukande, relatert til auka levealder (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s. 7). I dag er det om lag 70 000 personar med demens i Norge, og dersom vi reknar med dei nærmaste pårørande er demens ein sjukdom som berører minst 250 000 menneske i Norge. Ein reknar med at talet menneske som har ein demens lidning vil vere fordobla iløpet av 35 år, og den kraftigaste auka vil skje om 10 – 15 år (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.12 - 13). Det er viktig at vi tenker framover på utfordringane som vil møte oss innan demensomsorgen, og bygger oss opp kompetanse på dette området. Det å utdanne helsepersonell, byggje ut sjukeheimar og andre tilbod vil hjelpe oss i å møte dei utfordringane vi står ovanfor (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.5 - 7).

### 1.1 Problemstilling med avgrensing

Problemstillinga eg har fokusert på er: På kva måte kan dagtilbod vere viktig for heimebuande personar med demens? For å få fram viktigheita av dagtilbod har eg valt å fokusere på korleis dagtilbod kan vere med å auke livskvaliteten til brukaren og utsette innlegging i institusjon. Brukargruppa eg har valgt er personar med demens i eit tidleg forløp, med det meinar eg pasientar som befinn seg i punkta frå 1

– 3 på Bergers skala (Sjå vedlegg 1). Eg har ikkje hatt fokus på ei spesiell aldersgruppe eller tilbodet i ein spesiell kommune, men sett på det generelle behovet for dagtilbod og dekningsgrada på landsbasis. Diagnostisering og medikamentell behandling av personar med demens er utelatt, samt kartlegging, kartleggingsvertøy og korleis rekrutere brukarar. Eg har heller ikkje tatt føre meg viktigheita av individuell plan, for å få til eit heilheitleg tjenestetilbod.

Eg har sett på demens som ei fellesbeteikning på alle dei ulike demenstypene, og valgt å ha den sjuke i fokus. Likevel kjem eg til å trekke inn familien til ei viss grad. Dette på grunn av at heile familien vert råka av sjukdomen, sjølv om det berre er ein person som får sjølve diagnosen. Det er viktig å forstå familien som ei heilheit, beståande av fleire individ (Solheim 2006, s. 218). Oppgåva mi er ikkje knytt opp til ein spesiell arena. Grunnen til dette er at det å drive eit dagtilbod ikkje er ei spesiell sjukepleieoppgåve, men kan drivast av andre yrkesgrupper. Likevel viser undersøkingar at flesteparten (30%) av leiarane av tilrettelagte dagtilbod er sjukepleiarar (Westerberg, 2009, s.49). Som sjukepleiar kan vi vere den som driv dagsentertilbodet, eller vi kan vere tilknytta pasienten gjennom heimesjukepleien. Ikkje alle pasientar som har dagtilbod er tilknytta heimesjukepleien, men i mi oppgåve vel eg å trekke inn heimesjukepleia for å ei meir sjukepleiefagleg vinkling.

Eg har valt å bruke beteikninga personar med demens, istadenfor demente. Dette for å få fram at personen *har* ein sjukdom (demens), og ikkje *er* ein sjukdom (dement). Både uttrykket pasient og brukar blir brukt i oppgåva om dei som mottek omsorgstjenester. *Pasient* har eg prøvd å bruke når personen mottek heimesjukepleie. Begrepet *brukar* har eg nytta når det er snakk om dagtilbod. I ordet dagtilbod legg eg omsorgstjenester som er tilrettelagt i institusjon, eigen heim eller på dagsenter. Med dagsenter meiner eg tilbod i eigna lokale utanfor institusjon.

## 2.0 METODE

Oppgåva er bygd opp av opplysningar og data som allereie er kartlagt. Den er basert på teori frå bøker og forskning, og på denne måten har eg grunngeve og drøfta problemstillinga i lys av teori som allereie eksisterar. Metoden i ei litterær oppgåve

er ein beskrivelse av korleis ein har gått fram for å finne litteratur (Dalland, 2008, s. 75). I tillegg til å lese oss fram til kunnskap, kan vi få kunnskap gjennom egne erfaringar (Aadland, 2006, s. 76-81). I samband med oppgåva valte eg å hospitere ein dag på dagsenteret, ”Innpå tunet”, i nabokommunen min. Dette var frivilleg, og eg valte dette for å få kombinert teori og praksis. Dei erfaringane ein gjer sjølv, kan vere like gode og verdifulle som andre sine nedskrevne erfaringar. Gjennom ulike situasjonar ein opplever kan ein utvikle ein eigen erfaringsbasert kompetanse (ibid.). Med tanke på taushetsplikt og anonymitet i oppgåva veljer eg å ikkje gå ut med namn på verken kommune eller namn i forhold til hospiteringa.

I mine søk etter litteratur har eg brukt BIBSYS, som er ein felles bokkatalog for norske universitet og høgskular. I tillegg har eg nytta databasar på internett, for det meste SweMed + og PubMed. For å finne relevant litteratur er det viktig med gode søkeord, som er i samsvar med problemstillinga, og som er med på å begrense søkinga. I begge databasane kombinerte eg fleire søkeord, som demens, demens\$, day care, quality of life, activities of daily living og grønn omsorg, for å få ei meir avgrensa treffliste. Eg prøvde også å bruke det norske søkeordet dagsenter, dette gav kun eit treff, der artikkelen omhandla dagsenter i forhold til psykisk helsearbeid. Denne fann eg lite relevant for mi oppgåve, og valte den vekk. Søkeord som dagaktivitetsenter og aktivitetsenter gav ingen treff. Eg fekk opp fleire treff som ikkje var relevante for mi problemstilling. Dette var mellom anna treff som omhandla dagsenter for personar på institusjon, -som avlastning for pårørande, -for yngre personar med demens og dagsenter tilrettelagt for andre pasientgrupper. I tillegg har eg vore i kontakt med Demenslinjen og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Dei gav meg positive tilbakemeldingar, men mange av dei litteratur tipsa dei kom med hadde eg allereie funne sjølv.

Eg har nytta både pensumlitteratur og andre fagbøker. Av pensum litteratur har eg nytta bøker eg synes er grunnleggande for mi utdanning. Eg har mellom anna nytta Solheim og Aarheim si bok *Kan eg kome inn? Verdier og val i heimesjukepleien* for å sjå på heimesjukepleia si rolle i kommunehelsetjenesta. Og *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug for å beskrive grunnleggande sjukepleie.



I tillegg har eg nytta ein del bøker utgitt av forlaget Aldring og helse. Dette er bøker som er skrevne av fagfolk og som eg meiner er truverdige kjelder. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har gjennomført fire landsdekkande undersøkingar, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, der dei tek for seg tilbodet til personar med demens i norske kommunar. Dette synes eg var relevant i forhold til mi problemstilling, og har valt å bruke desse undersøkingane for å belyse behovet for tilrettelagte dagtilbod. Undersøkingane er omtalt og referert til i fleire av dei artikklane og bøkene eg har funne. Anna litteratur som eg ser på som svært aktuell i mitt arbeid med bachelor oppgåva er Demensplan 2015. Dette er ein delplan innanfor Omsorgsplan 2015, og er utarbeida på bakgrunn av Rapport IS-1486 Glemsk, men ikke glemt frå Sosial- og helsedirektoratet. Denne planen tek for seg utfordringane vi står ovanfor med auka antal personar med ulike demenslidningar, og anbefalte satsingsområde, som blant anna dagaktivitetstilbod (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.7). Desse planane og rapportane er med på å kaste lys over mi problemstilling, og understreke at dette er eit aktuellt tema i vår tid.

Temaet er har valt å belyse i oppgåva mi er relativt nytt, som det framleis føregår ulike prosjekt og forskning innanfor. Manglande forskning og forskningsresultat, gjør det vanskeleg å finne forskningsbasert litteratur som kunne vere med på å belyse problemstillinga mi. For å tilfredsstillere kravet om å nytte relevante forskningsartiklar har eg nytta forskning knytt opp mot heimesjukepleia sitt arbeid, i tillegg til undersøkingar og offentlege dokument som omhandlar dagtilbod.

## 3.0 TEORI

### 3.1 Kva er demens?

”Demens er 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 på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd” (Engedal og Haugen 2005, s.17).

Symptomatologien ved demens kan variere frå person til person, og det kliniske bildet kan variere i startfasen. Dette på grunn av ulike sjukdomar som fører til

demens, og meistringsevna og personlegheita til personar som blir ramma av sjukdomen er ulik. For at ein skal kunne benytte begrepet demens må personen ha redusert hukommelse, og svikta til å klare daglege gjeremål må vere relatert til hukommelsesreduksjonen. Samstundes må det kunne påvisast eller antas at det føreligg ein organisk sjukdom i hjernen som er årsaken til sjukdomen (ibid. s.17 - 20).

Det er vanleg å dele sjukdomsutviklinga inn i tre fasar. Dei første teikna til mental svikt ser ein i startfasen, kompenseringsfasen. Dette kan ein merke i form av sviktande hukommelse, svekka tidsorienteringsevne, svekka romorientering og vanskar med å utføre praktiske gjeremål. Nokon pasientar kan få problem med språket i form av manglande taleflyt og vanskar med å finne riktige ord. Som oftast endrar ikkje personleghetstrekk til pasienten seg, men dei kan bli svært aksentuerte. Med aksentuerte meinast at personar som har vert engstelege og plaga med depresjon kan reagere med angst, tilbaketrekking og depresjon. Andre kan bli aggressive, sinte og irritable (ibid. s. 20 - 21). I sjukdomen sin andre fase, dekompeningsfasen, har pasienten vanskar med å bruke sine tillærte meistringsevne, dei ”mistar grepet på tilværelsen”. Pasienten kan lett bli forvirra og miste fatninga. Samstundes er dei ofte plaga med psykotiske symptom som vrangforestillingar, synshallusinasjon og uforståeleg atferd. Hukommelsesevna, språkevna og orienteringsevna vert forverra. Sjukdomsutviklinga er svært individuell hos pasientane. Nokon klarar ikkje å kommunisere språkleg, andre klarar ikkje å ivareta personleg stell og hygiene og nokon kan risikere å gå seg vill når dei skal på butikken. Det er i dekompeningsfasen av dei fleste pasientane kjem i kontakt med helsevesenet (ibid. s. 20 - 21). Pleiefasen er den siste fasen, og er prega av manglande motorisk styring, motorisk svikt, balansesvikt, gangproblem og inkontinens. I pleiefasen er dei fleste personar med demens heilt avhengige av fysisk pleie (ibid. s. 22).

### 3.2 Behovet for sjukepleie

Behovet for sjukepleie oppstår når alder, sjukdom eller ytre hendingar fører til at ein person ikkje klarar å ivareta dei grunnleggande behova eller å handtere dei opplevingane og reaksjonane han erfarer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2006,

s.14). Sjukepleie som teneste skal ha pasienten sin livskvalitet, helse og meistring som sentrale mål. I tillegg er omsorg for det sjuke mennesket eit mål for seg sjølv. For å nå desse måla, må sjukepleiar ha god kjennskap til pasientane og god fagkunnskap. Kommunikasjon og samarbeid mellom pasienten og sjukepleiaren er viktig og sentralt i utøvinga av god sjukepleie (ibid. s.14 - 15). Virginia Henderson påpeikar at når vi skal ivareta eit anna menneske sine grunnleggande behov er det viktig at ein har kjennskap til personen, og at våre handlingar er i samsvar med det som vedkommande ville gjort sjølv dersom han var i stand til det. Det er viktig at sjukepleiaren kan styrke pasientane si oppleving av identitet som menneske og det å vere verdifull. Dette kan vere med på å fremje pasienten si oppleving av helse (ibid. s.16 - 24).

I Norsk Sykepleierforbund sine Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere går det fram at respekten for det enkelte menneske sitt liv og verdighet skal vere grunnlaget for all sjukepleie. Respekt for grunnleggande menneskerettigheter, omsorg og barmhjertighet er faktorar som utøvinga av sjukepleie skal baserast på. Vidare går det fram at sjukepleiar skal ivareta den enkelte pasient sin integritet. Dette vil sei retten til ein heilheitleg omsorg, retten til å vere medbesluttande og retten til ikkje å bli krenka. Sjukepleiaren sine handlingar må vere forankra i faget sitt verdigrunnlag, samstundes som det må vere fagleg forsvarleg. I tillegg til å ha teoretisk kunnskap, må ein sjukepleiar kunne observere, sjå, lytte, kjenne og ha evna til å leve seg inn i pasienten sin situasjon (ibid. s.14 - 15). Sjukepleiefunksjonen består i helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak. Sjukepleiarane har eit sjølvstendig ansvar for å ivareta sjukepleiefunksjonen, og må arbeide ut ifra eit heilsskapssyn (ibid. s.16 - 24).

### 3.2.1 Sjukepleie til personar med demens

Det er viktig å huske på at personar med demens ikkje er noko einsarta gruppe. Dei er mennesker med ulike behov og interesser slik som alle andre. God demensomsorg omhandlar å iverksette individuelle tilrettelagte tjenester på den enkelte sitt nivå, basert på innsikt i personen si livsfortelling og sjukdomshistorie (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.9). Måla for sjukepleia til personar med demens er først og fremst å sikre pasienten sin livskvalitet, legge til rette for optimal

eigenomsorg og behandle tilleggssymptom. Eit anna mål for sjukepleie til personar med demens er tilrettelegge forholda slik at pasienten kan utnytte dei ressursane han har, og kompensere for svikt på ulike områder. Det er viktig å styrke pasienten sin identitet og sjølvkjensle for å oppnå god sjukepleie til personar med demens, samstundes må ein fremje integritet og tilhørighet. Det å vise empati er ein føresetnad for god sjukepleie. Alle menneske har behov for å oppleve samhørighet, og det å skape gode relasjonar mellom pasient, sjukepleiar, pårørande og medpasientar er viktig (Karoliussen og Smebye 1997, s.559 – 561).

### 3.2.2 Menneskesyn

I vårt arbeid som sjukepleiar kjem vårt menneskesyn tydeleg til uttrykk og kan påvirke våre haldningar og handlingar (Edgren og Rausch 2001, s.12). Eit menneskesyn seier noko om korleis vi forstår oss sjølv og andre mennesker, og representerar grunnleggande verdiar som vert forma tidleg i livet. Det er viktig at sjukepleiarar jobbar ut ifrå eit holistisk menneskesyn. Holisme betyr heilthetsforståing, og innanfor sjukepleia innebærer det at vi må huske at pasienten er meir enn ein fysisk kropp. Vi må forhalde oss til heile menneske både med tanke på kropp, tankar, ressursar, livssituasjon, kulturbakgrunn med meir. Eit reduksjonistisk menneskesyn derimot set menneske til side, og har bare fokus på sjukdomen og det sjuke organet (Odland 2005, s. 23 - 30). Det kan i mange samanhengar vere vanskeleg å oppretthalde eit holistisk menneskesyn om eit anna menneske. Målet er at ein skal inkludere mest mogeleg av menneske og legge til rette for individuell tilpassing og behandling (ibid.).

### 3.3 Kommunale tjenester

Kvar einskild kommune har ansvaret for å tilrettelegge og bygge opp eit fagleg forsvarleg tjenestetilbod tilpassa befolkninga sitt behov for omsorg og pleie (Engedal og Haugen 2005, s. 344 – 345). LEON – prinsippet er eit av dei berande prinsippa for organisering av helsetjenesta i Noreg. LEON-prinsippet går ut på at kvar enkelt pasient skal bli behandla på det lågaste, minst spesialiserte, nivået som kan ta seg av lidinga effektivt. Pasientane skal bli behandla i kommunen og ved hjelp av

primærhelsetjenesta og andre tjenester i lokalsamfunnet, dersom det er mogeleg (Solheim 2006, s. 31).

Det er hovudsakleg kommunehelsetjenestelova og sosialtjenestelova som regulerar helse- og sosialtjenestene i kommunen. I desse lovene står det ei rekke forskrifter som fortel oss kva som er lov og ikkje lov, og kva plikter kommunen har i forhold til helse- og sosialtjenesta (Engedal og Haugen 2005, s.385). I

kommunehelsetjenesteloven § 1-3 står det mellom anna at kommunen si helsetjeneste skal fremje helse og førebygge sjukdom, skade eller lyte. Tiltak som skal settast i verk for å nå desse måla er diagnose og behandling av sjukdom, skade eller lyte, medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg. For å løyse desse oppgåvene må kommunen mellom anna ha deltjenester som sjukepleie, herunder helsesøster og heimesjukepleiar, fysioterapitjeneste og sjukeheim eller buform for heildøgnspleie og omsorg (Engedal og Haugen 2005, s. 344 – 346).

I sosialtjenestelova § 4-3 står det at kommunen skal yte eit eigna tjenestetilbod til dei som ikkje kan ta omsorg for seg sjølv eller som av ein eller annan grunn er heilt avhengig av praktisk eller personleg hjelp til å greie dagleglivet sine gjeremål. I denne samanheng må begrepet dagleglivet sine gjeremål omhandle meir enn reine omsorgsoppgåver. Det gjeld òg mogelegheita til å ta del i kvardagslivet sine opplevingar og aktivitetar i den grad det er mogeleg, halde seg orientert og vere aktiv med utgangspunkt i eigne engasjement og interesser. Det kommunale omsorgstjenestetilbodet må derfor omfatte tilbod om dagaktivitetar. Kommunen har plikt til å ivareta den enkelte sitt behov for aktivitet jamfør formålsparagrafen i sosialtjenestelova og forskrift om kvalitet i omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

### 3.3.1 Heimesjukepleia

Dei personane som har behov for heimesjukepleie som naudsynt helsehjelp for å klare seg heime har krav på slike tjenester jamfør kommunetjenestelova § 2 – 1. Formålet med tenesta er at ein skal yte sjukepleie til menneske med ulike helseproblem i deira daglegliv og der dei bur, slik at dei får ein god her-og-no-

situasjon. Samstundes er det viktig at pleiaren prøver å styrkje den evna pasienten har til å greie seg sjølv på dei områder det er mogeleg (Solheim og Aarheim 2006, s. 15 – 18). Heimebuande personar med moderat til alvorleg grad av demens er avhengige av heimesjukepleie for å meistre kvardagen, særleg dersom dei bur aleine. Heimesjukepleien kan bistå med hjelp til personleg hygiene, tilsyn med mat og medisinar, og rettleiing av pasient og pårørande. For å få til eit godt samarbeid mellom heimesjukepleia og pasienten er det viktig med faste avtaler og faste kontaktpersonar (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2010).

### 3.3.2 Tverrfagleg samarbeid

Tverrfagleg samarbeid vil sei at ulike yrkesgrupper, avdelingar eller etatar arbeidar mot eit felles overordna mål (Haug, Engelund og Aarheim 2006, s.253). Det å samarbeide med andre fagpersonar, avdelingar eller etater er ikkje frivillig, men eit krav. Alle brukarar har krav på eit heilheitleg, samordna og fleksibelt tjenestetilbod som ivaretek kontinuitet i tjena. Dette går fram av Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Brukaren har krav på den riktige kompetansen som er naudsynt for å tilfredstille grunnleggande behov, og har krav på eit samordna hjelpeapparat rundt seg. Sjukepleiaren må ha kunnskap om kva problemstilling det skal samarbeidast om, og korleis samarbeidet med andre faggrupper skal gå føre seg (ibid. s. 248 – 249). For at heimebuande personar med demens skal kunne få ein mest mogeleg verdig livssituasjon, er det behov for ulike tjenester alt etter kvar i sjukdomsprosessen brukaren befinn seg (Strandli 2007, s.23 – 24). Heimesjukepleia er i mange samanhengar avhengig av andre tjenestetilbod for å fungere godt for brukarane. Dette kan vere tilleggstenester som avlastningstilbod, økonomiske støtteordningar til transport, dagsentertilbod, støttekontakt og heimehjelp (Solheim 2006, s. 42).

### 3.4 Dagtilbod

Formålet med dagsenter for heimebuande personar med demens er at dei skal få eit spesielt tilrettelagt behandlings- og omsorgstilbod på dagtid. Det skal vere med på å skape ein meningsfull kvardag i eit miljø med fokus på opplevinga av meistring og

tryggleik, det vil sei at aktivitetane er bygde på miljøterapeutiske prinsipp. Det vert brukt metodar henta frå ulike terapiformer som for eksempel reminisens, validering, bevegelsesterapi, sansestimulering, musikkterapi og hukommelsestrening. Desse aktivitetane skal vere med på å vedlikehalde dagleglivet sine funksjonar så godt det let seg gjere. Miljøterapi for personar med demens skal vere med på påverke emosjonelle og atferdsmessige endringar i demensforløp, samt betre kognitiv funksjon, auke trivsel og livskvalitet (Westerberg 2009, s.36 – 37). Det er viktig at dagsenteret er organisert i omgjevnader som er oversiktlege og lette å orientere seg i, det bør vere tilrettelagt for eit begrensa antal brukarar, med fast personale som har kjennskap til brukargruppa (ibid.). Eit tilrettelagt dagtilbod kan vere viktig både som eit aktivitetstilbod for dei heimebuande personane med demens, og som ei avlastningsordning for pårørande (Strandli 2007, s.10). I Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.19-20) går det fram at regjeringa vektlegg dagtilbod og tilrettelagte aktivitetar som grunnleggande element i eit heilheitleg omsorgstilbod, og ser at slike tilbod står heilt sentralt for personar med demens. Gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbod vil regjeringa stimulere til auka livskvalitet blant brukarane.

### 3.5 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet er forhaldvis eit ganske nytt begrep, både i klinikk og forskning, og då særleg livskvalitet ved demens. Det er vanskeleg å definere livskvalitet ved demens, og ein har enda ikkje nokon endeleg definisjon av begrepet. Når ein snakkar om begrepet livskvalitet er det viktig at ein bevarar betydninga av evna til å oppleve positive kjensler, tilhørighet og glede (Selbæk 2006, s.63 - 67).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som: ”Personers oppfatning av sin livssituasjon innanfor den kultur og det verdssystem de lever, i relasjon til egne mål, forventningar, normer og interesser” (Kristoffersen 2006, s. 48). Denne definisjonen vektlegg personen si tenking og oppfatning av livssituasjonen, men utelet den kjenslemessige sida ved ein person si oppleving av livssituasjonen. På grunn av dette er definisjonen på livskvalitet frå Næss mfl. betre eigna å bruke for sjukepleiere ovanfor personar med svikt i den kognitive funksjonen. Siri Næss

beskriv livskvalitet som psykisk velvære, i den forstand at det omfattar enkelt menneske sin subjektive oppleving av ulike sider ved livssituasjonen. I sin definisjon seier Næss at: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (ibid. s. 49). Næss påpeikar at livskvalitet er å ha det godt, noko som inneberer å ha gode kjensler og positive vurderingar av sitt eige liv og fråvær av vonde kjensler og vurderingar. Ei viktig sjukepleiaroppgåve er å bidra til å auke personar sin livskvalitet, til tross for sjukdom (ibid. s. 48 - 50).

## 4.0 DRØFTING

I denne delen av oppgava vil eg ta for meg viktigheita av dagtilbod, og drøfte det i høve relevant litteratur og erfaringskunnskap. I tillegg vil eg drøfte den politiske og økonomiske vilja til å etablere dagtilbod. Til slutt tek eg for meg veikskapar og styrker med oppgåva.

### 4.1 Eit manglande ledd i omsorgskjeda?

I Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.19) blir det hevda at dagtilbod er eit manglande ledd i omsorgskjeda. Kartleggingsundersøkingar visar at dekningsgrada for tilrettelagde dagtilbod i 2007 var om lag 6,8 prosent. Dette er ei lita auke i dekningsgrada frå tidlegare undersøkingar (vedlegg 2), men framleis manglar ca. 70 prosent av kommunane i Norge dette viktige leddet i omsorgskjeda (Westerberg 2009, s.39). Til samanlikning er det nesten 90 prosent av kommunane i Sverige som har tilrettelagt dagtilbod til heimebuande personar med demens, for det meste i dagsenter, dette blir understreka i rapporten Glemsk, men ikke glemt (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.42). Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.19 – 20) påpeikar at dagtilbod og tilrettelagte aktivitetar er ein sentral del av eit heilheitleg omsorgstilbod for personar med demens. Det er viktig å stimulere til auka livskvalitet gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbod. I rundskrivet Aktiv omsorg har regjeringa presisert det kommunale ansvaret for tilrettelegging av dagaktivitetstilbod i samsvar med sosialtjenestelova sitt føremål om å ”bidra til at den enkelte får muligheten til å leve og bo selvstendig



og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre” (ibid. s. 7). Det er ikkje ei målsetting at alle heimebuande personar med demens skal ha eit dagtilbod, men at tilbodet skal vere i alle landets kommunar, slik at alle som har behov og ønske for det er sikra eit slikt tilbod (Westerberg, 2009, s.39).

Flesteparten av dei eksisterande dagsentera er ofte lokalisert i institusjonar, og medføre at tilbodet blir prega av institusjonsmiljøet. Det at heimebuande personar som er i ein tidleg fase av sjukdomen, deltek på dagtilbod i institusjon saman med personar som har ein meir alvorleg demens kan verke negativt inn på trivselen, og gjere til at dei heimebuande pasientane opplever seg sjølv som sjukare enn kva som er tilfelle. Det er viktig å tilrettelegge tilbodet etter personane sitt funksjonsnivå, samstundes som dei har noko å strekke seg etter, og som kan stimulere til aktivitet og samhandling med andre (Strandli 2007, s. 5 - 12). I undersøkingar, gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, kjem det fram at ein del kommunar meiner dei har så små forhold i kommunen at dei klarar å gje personar med demens eit godt og individuelt tilpassa tilbod, sjølv om tilboda ikkje er spesielt tilrettelagt. Andre kommunar påpeikar at dei har svært få innbyggjarar med demens, slik at det ikkje er lønnsomt å bygge ut eigne dagtilbod til denne gruppa. I større kommunar, med større andel personar med demens, er det eit betre grunnlag å tilrettelegge tilbod spesielt tilpassa personar med demens (Westerberg 2009, s.40 – 43). Personar som bur på plassar med små avstandar og stor folketettleik har i dei fleste tilfelle betre tilgang på omsorgstjenester, enn dei som bur i grisgrendte strøk. Store avstandar gjev kommunane utfordringar når det gjeld å tilpasse organiseringa av tjenestetilbod. Ofte må kommunane kutte ned på tilbod, begrunna i økonomi (Dale 2006, s.167).

For å nå målet om ei større dekningsgrad for tilrettelagde dagtilbod er det viktig å vere klar over at det fins ulike typar dagtilbod, og ein må finne den modellen som passar best for sin kommune. Tilrettelegging i ”vanlege” dagsenter kan vere ei løysing. Dagtilbod i eigen heim er ein annan modell som kan vere aktuell (Westerberg 2009, s.40 – 43). Ambulerande dagtilbod er eit alternativ til ordinært dagsenter, der personalet kjem heim til brukaren. Tilbodet er individuelt tilpassa for personar med demens som ikkje ønskjer å vere i gruppe eller som kanskje ikkje passar inn i gruppebasert aktivitet (Hauger 2009, s.135). Ein annan type dagtilbodsmodell som tek sikte på å vere eit alternativ litt utanom dei tradisjonelle

dagtilboda er ”Grøn omsorg – Inn på tunet”. Dette er eit tilrettelagt tilbod utanfor institusjonsrammene, med daglegdagse og tilpassa aktivitetar i tilknytning til gardsmiljøet (Westerberg 2009, s. 37). Eg var så heldig å fekk hospitere ein dag på ”Innpå tunet” i nabo – kommunen min, for å sjå korleis dei dreiv dagtilbod for heimebuande personar med demens. Tilbodet er tilrettelagt på ein gard, og har ope tysdagar og torsdagar. Der brukar vere 5 – 6 brukarar, som alle blir henta og kjøyrt heim av ansvarleg sjukepleiar. Det er ho som står for drifta av dagtilbodet, saman med gardseigaren. På garden vektlegg ein triveleg samvær i trygge omgjevnader. Aktivitetane blir lagt opp etter brukarane sine meistringsevne, og tilpassa årstidene.

## 4.2 Viktigheita av dagtilbod

Eit dagtilbod skal vere med på å skape ein meningsfylt kvardag for brukaren, samstundes som det skal vere avlastande for pårørande og bidra til at familien klarar å meistre ein travel kvardag (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.7). På eit dagsenter blir det ofte lagt opp til kvardagslege aktivitetar som matlaging, handarbeid, song, musikk og utflukter. Det er viktig at aktivitetane det blir lagt opp til er gjennomførbare og innan brukarane sine interessefelt (Engedal og Haugen 2005, s. 350 – 352). Eit dagtilbod kan verke positiv inn på funksjonsnivået til brukaren (Solheim 2006, s.244) I tillegg kan eit dagtilbod hjelpe personar med demens til å ha ein betre struktur på døgnet, når det gjeld døgnrytme og kosthald. Mange personar med demens har ofte problem med dette når dei bur i eigen heim (Dale 2006, s. 164 - 167). Dette fekk eg også bekrefte når eg var på hospitering hos ”Innpå tunet”. Ansvarleg sjukepleiar sa ho hadde fått fleire tilbakemeldingar frå heimesjukepleien og pårørande om brukarar som hadde dårleg matlyst. Dette merka ho ikkje noko til her, når brukarane var samla til felles måltider. Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.20) trekker fram måltid som ein viktig del av ein heilheitleg demensomsorg. Ernæringsproblem kan vere eit tidleg teikn på demens. Undersøkingar visar at måltida er ein av hovudaktivitetane i alle dagtilboda i landet. Det blir brukt både for å sikre tilfredsstillande ernæring, vedlikehalde dagleglivet sine funksjonar lengst mogeleg og som ein arena for sosialt samvær (Westerberg 2009, s.46)

#### 4.2.1 Sosial kontakt

Nesten alle menneske har behov for kontakt, nærhet og fellesskap med andre for å oppleve livet som meningsfullt (Smebye 2005, s. 80 – 81). For mange av dei som mottek heimesjukepleie, er heimesjukepleia ein viktig del av deira sosiale nettverk (Solheim 2006, s. 127 – 130). Birkeland og Natvig (2008, s.10) får dette tydeleg fram i sin artikkel, der dei påpeikar at hos nokon pasientar går heimesjukepleien inn i ei rolle som nettverkserstattarar. Likevel er det ofte dei psykososiale behova som blir nedprioritert, dersom tida er knapp. Engedal (2007, s.230 – 231) hevdar at heimebaserte tjenester har god erfaring om korleis ein skal løyse praktiske oppgåver, men mindre erfaring på det psykologiske plan. Mange av hjelparane er opplært til å vere fysisk aktive og føler at dei ikkje gjer jobben sin dersom dei set seg ned for å snakke med pasienten (ibid.). Sosial kontakt er eit område som heimesjukepleia har ei plikt til å ivareta (Birkeland og Natvig 2008, s.12). Samstundes er viktig at pasienten får tilbod om sosial kontakt også utanfor heimen, slik at ikkje pasienten blir avhengig av at offentlege hjelparar kjem heim til han, noko som kan føre til lært hjelpelause, passivisering og ytterlegare isolering (Solheim 2006, s. 127 – 130). Som sjukepleiaren kan ein bidra med å legge til rette for kontaktfremjande tiltak i pasienten sitt miljø, og oppmuntre pasienten til å delta i aktivitetar saman med andre (Smebye 2005, s. 81 – 83). I eit dagtilbod kan pasientane oppleve sosialt fellesskap med andre (Strandli 2007, s.105). Det å hjelpe pasientar til å få kontakt med andre, og hjelpe dei til å uttrykke sine følelsar og behov trekker Virginia Henderson fram som eit prinsipp i grunnleggande sjukepleie. ”Muligheter for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet” er også nevnt som eit grunnleggande behov i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (Smebye, 2005, s. 80 – 81). Smebye (2005, s.104) påpeikar at det sjukepleiaren gjer for å ivareta pasienten sitt kontaktbehov, må skje på pasienten sine premissar.

#### 4.2.2 Utset innlegging i institusjon?

I Norge er det ei politisk forventning at personar med demens skal få bu heime lengst mogeleg med hjelp frå heimebaserte tjenester, dette er blant anna nedfelt i Stortingsmelding nr. 50 (1996 – 1997). Lillesveen og Lystrup (2006, s. 285 – 293) påpeikar at hjelp ifrå pårørande i mange tilfelle er naudsynt for at personar med

demens skal kunne bu heime. Jobben pårørende gjer går ofte over 24 timar i døgnet, og dermed kan slitasjen bli stor, både fysisk og psykisk. Det er derfor viktig at pårørende får mogelegheita til avlastning i periodar (Brækhus mfl. 2009, s.13). Strandli (2007, s.13) hevdar at tilrettelagte dagtilbod utanfor institusjon kan bidra til at brukar og pårørende søker hjelp i ein tidlegare fase i sjukdomsforløpet. Det er viktig at ein legg til rette for stimulerande og førebyggjande tilbod i ein tidleg fase, slik at ein kan hindre at pårørende vert utbrent og utsette flytting til institusjon (ibid. s.12)

I rapporten *Glemsk, men ikke glemt* (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.39 – 43) står det at mange personar med demens bur aleine. Behovet for omfattande tiltak for at personar med demens skal fortsette å kunne bu heime er av stor betydning, og dagtilbod er i denne samanheng svært viktig. I tillegg er det mange som mottok heimhjelp og heimesjukepleie (Lillesveen og Lystrup 2006, s. 285 – 293). Det å bidra til at personar kan bu heime, trass helsesvikt, er noko av det mest meiningsfylte arbeidet ein gjer som heimesjukepleiar (Solheim og Aarheim 2006, s.19). Det er viktig å vere klar over at god omsorg i eigen heim for ein person, treng ikkje vere det for en annen. Omsorgstilbodet må vere individuelt tilpassa personen og hans situasjonen (Dale 2006, s. 166). I Rundskriv I- 5/2007 *Aktiv omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2007) blir det understreka at godt utbygde dagaktivitetstilbod saman med heimetjenester i mange tilfeller kan vere med på å forhindre eller utsette institusjonsinnlegging.

#### 4.2.3 Livskvalitet

Det gode liv og livskvalitet er vanskeleg å måle. Ved hjelp av ulike testar kan ein danne seg eit visst inntrykk over demenssjukdomen, men desse undersøkingane seier likevel lite om korleis personen har det (Selbæk 2006, s.63 - 67). Dale (2006, s.164) hevdar at personar med demens har vanskar med å beskrive korleis dei har det. Mange prøver å skjule problema sjukdomen medfører, medan nokon klarar å sette ord på opplevingane. Den varierende grada av hukommelsessvikt, redusert innsikt i eigen situasjon og språkproblem fører naturlegvis til at det er vanskeleg å kartlegge den subjektivt opplevde livskvaliteten hos personar med demens. Likevel viser stadig fleire undersøkingar at dei fleste personar med demens kan gje påliteleg informasjon

om eigen opplevd livskvalitet (Selbæk, 2006, s. 68). Sjølv om mange personar med demens har manglande innsikt når det gjeld si kognitive svikt, kan dei ha opprettholdt innsikta når det gjeld emosjonelle forhold (ibid.). Som sjukepleiar skal vi ha pasienten sin livskvalitet i fokus. Vi skal observere, sjå og lytte til pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2006, s.14-15). I vårt arbeid er det viktig at vi forstår korleis pasienten opplever seg sjølv og sine omgjevnadane (Dale 2006, s.164).

Ulike studiar viser at livskvalitet og grada av demens ikkje har nokon samanheng (Selbæk 2006, s.72). Ein person som er sjuk kan både ha høg og låg livskvalitet, ifølgje Siri Næss. Livskvaliteten til ein person handlar ikkje om den objektive livssituasjonen, men korleis personen handterer den. Næss påpeikar at livskvalitet er å ha det godt, og kan vere eit resultat av meistringsprosessar og korleis personen forhold seg til livet sine utfordringar for å oppnå psykisk velvære (Kristoffersen 2006, s.49 - 50). Dale (2006, s.159 – 160) trekker også fram at sosialt samvær med andre, og opplevinga av meistring i kvardagen er faktorar som er med på å fremje livskvalitet. Med eit dagtilbod er målsettinga at kvar einskild brukar skal kjenne seg betydningsfull, oppleve meistring og glede. Gjennom erfaringskunnskap har ein erfart at det er ikkje variasjonen av aktivitet som er av betydning, men det sosiale ved å vere saman i eit trygt miljø der kvar brukar får mykje merksemd (Fjalestad, Heier og Kleiven 2002, s.10-13).

#### 4.3 Er det politisk og økonomisk vilje til å etablere dagtilbod ?

Det å nå målsettinga i Demensplan 2015 om at alle kommunane i landet innan 2015 bør ha etablert dagtilbod til personar med demens, kjem til å bli eit omfattande arbeid (Westerberg, 2009, s.10) Den kommunale helsetjenesta i vårt samfunn står ovanfor ei utfordring når det gjeld å finne organiseringsmetodar som kan gje eit tilfredsstillande tilbod til alle som treng tilsyn, pleie og omsorg. Det er viktig at vi som sjukepleiere er klar over vårt ansvar for å få kommunane til å arbeide aktivt med å tilrettelegge eit variert tilbod til heimebuande personar med demens (Dale, 2006, s. 167). I rapporten Glemsk, men ikke glemt (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.27) går det fram at demens vil bli ei av dei største utfordringa for helse- og omsorgstjenestene i åra

framover. Det aukande antalet av personar med demens som bur i eigen heim vil stille store krav til at kommunane klarar å oppretthalde eit fagleg forsvarleg tjenestetilbod, med tanke på å organisere, dimensjonere, tilrettelegge heimetjenestene og sørge for tilstrekkeleg kompetanse blant personalet (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.39).

Ofte argumenterar politikarane i ein kommune med at dei ikkje har råd til eit mangfald av tilbod i kommunen, som dagtilbod, pårørandeskule, korttidsopphald og skjermearbeid (Engedal og Haugen, 2005, s. 343 – 344). I Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.9) blir det understreka at regjeringa ønskjer å utvikle ein demensomsorg med heilheitlege og samanhengande tiltakskjeder, der tjenestetilbodet er basert på eit heilheitleg menneskesyn og prega av kontinuitet og tverrfagleg samarbeid. Sjukepleien støttar seg også til eit holistisk menneskesyn, men i samband med stramme økonomiske rammer er det ofte dårlege vilkår for den holistiske tenkinga. I mange samanhengar er ikkje fokuset retta mot pasienten sitt ve og vel, men mot økonomi og budsjettbalanse (Odland, 2005, s.25 – 36).

Engedal og Haugen (2005, s.343 – 344) påpeikar at foreløpig er det ikkje nokon gode økonomiske analyser over kva utgifter ein kommune med eit variert tilbod til personar med demens har, samanlikna med kommunar som kun har tilbod i sjukeheim. Men ein veit at det å gje heildøgnspleie og omsorg i ein institusjon er det mest kostnadskrevande alternativet, og ein reknar med at tilbod utanfor institusjon kan vere med på å spare kommunen for utgifter (ibid.). Som sjukepleiar vil eg stille spørsmålet: Har kommunane råd til å la vere å etablere tilrettelagde dagtilbod? Både i Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.7 – 11) og rapporten Glemsk, men ikkje glemt (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.41) går det fram at nasjonale og internasjonale undersøkingar visar at tilrettelagde dagtilbod kan vere ein kostnadseffektiv måte å tilrettelegge helsetjenester på. Demensplanen vektlegg tilrettelagde tiltak tidleg i sjukdomsforløpet, som kan iverksettast før det vert aktuelt med heiltdøgnsstilbod, og som kan vere med å lette pårørande si omsorgsbyrde, førebygge tilleggsfall og betre livskvaliteten for personar med demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s.14). Det kan ikkje seiast med sikkerheit at dagtilbod forhindrar etterspørselen etter heiltdøgnsstilbod, men kliniske erfaringar gjev gode indikasjonar på at det er tilfelle (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.42)

I økonomisk vanskelege tider er det ofte dagsentertilboda som vert hardast råka, på grunn av at dette ikkje er ei lovpålagt omsorgsteneste. Dersom dagsentertilbod hadde hatt hjemmel i lov ville nok det ha vore med på å opprettholdt drifta til tross for vanskeleg kommuneøkonomi. Som tidlegare nemnt strekker mange av dei norske kommunane seg over store geografiske områder og er lokaliert i grisgrendte strøk. Det å vere lovpålagt dagsenterdrift kan i desse kommunane verke bortkasta, og dei ønsker heller å tilpasse tjenestene på ein meir brukarvennleg og hensiktsmessig måte. Sjølv om ikkje dagsentertilbod er lovpålagt, har retten til avlastnings- og korttidsopphald og hjelp til praktisk bistand hjemmel i lov i henhold til kommunehelsetjenestelova og sosialtjenestelova (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s. 42 – 43). I regjeringa sitt dokument Politisk plattform for flertallsregjeringa lovar regjeringa no å innføre ei lovfesta plikt for kommunane til å tilby dagtilbod til personar med demens (Statsministerens kontor 2009).

#### 4.4 Veikskaper og styrker med oppgåva

Arbeidsprosessen med oppgåva har vore lang og utfordrande, men samstundes har det vore ein spennande og lærerik periode. Det å finne ei passande problemstilling, som var relevant innan sjukepleie, var ei av dei største utfordringane med oppgåva. Det å drive eit dagtilbod for personar med demens kan vere ei tverrfagleg oppgåve, og er ikkje ei sjølvskreva sjukepleieoppgåve. Samstundes er det eit svært aktuelt tema i våre dagar. For å halde eit sjukepleiefagleg fokus gjennom oppgåva valde eg å trekke inn viktigheita av tverrfagleg samarbeid i kommunen, samt fokusere ein del på sjukepleiar sine oppgåver i arbeid med personar med demens.

Eg har prøvd å forhalde meg kritisk til kjeldematerialet eg har nytta i oppgåva både med tanke på årstal, forfattar og kvar det er publisert. Eg har prøvd å ha fokus på å nytte primærkjelder framfor sekundærkjelder, men enkelte gongar har det vore vanskeleg å få tak i den opprinnelege kjelda. Det at eg har nytta noko sekundærlitteratur i mitt arbeid, kan ha påverka kvaliteten på oppgåva til ei viss grad, ved at teksten har blitt bearbeida av andre personar før eg les den. Gjennom litteratursøkinga fann eg ut at det var lite forskning innan dagsentertilbod for

heimebuande personar med demens, men eg brukt ulike undersøkingar, offentlege publikasjonar og annan forskingslitteratur som eg har vinkla inn mot problemstillinga mi.

For å belyse viktigeita av dagtilbod, valte eg å fokusere på ordet *livskvalitet*. Livskvalitet er på mange måtar vanskeleg å definere og måle, samstundes som livskvalitetsbegrepet er ganske fråværande i norsk demensforskning. Likevel valte eg å nytte dette begrepe, då livskvalitet handlar om å ha det godt, og er eit begrep med med aukande interesse innan demensomsorgen.

Dersom eg skulle skreive oppgåva på nytt ville eg søkt meir etter relevant litteratur før eg bestemte meg for tema og problemstilling. Samstundes er eg ein person som likar utfordringar, og dette er eit tema som engasjerar meg. Eg meiner eg har fått fram viktigeita av tilrettelagte dagsentertilbod i oppgåva mi, og korleis dette kan vere med på å auke livskvaliteten til personar med demens. Samstundes er det mykje eg ikkje har fått tatt med grunna begrensingar av antal ord i oppgåva. Eg har lært mykje i arbeidet med oppgåva, og har fått erfaringar både gjennom teori og praksis som eg vil ta med meg vidare i mitt arbeid som sjukepleiar.

## 5.0 Konklusjon

I Norge er dagtilbod, spesielt tilrettelagt for heimebuande personar med demens, lite utbygd. I landet sine kommunar er det store geografiske forskjellar både når det gjeld folketal og mønster i busetninga. Det er viktig å vere klar over at det fins ulike modellar dagtilbod, og ein må tilpasse dei lokale forholda. Politikarane argumenterer ofte med at dei ikkje har økonomi til å oppretthalde drifta av tilrettelagte dagtilbod, då dette enno ikkje er ei lovpålagt teneste. Det er naudsynt med ei betydeleg satsing på dagtilbod i åra framover for å møte behovet for behandlingstilbod utanfor institusjon. Samstundes er det viktig at det kjem i gang meir forskning og utviklingsarbeid innan denne sektoren.

Ei av framtida sine utfordringar er å sikre informasjons- og kunnskapsspedning til brukarar, pårørande, ansatte og samfunnet forøvrig om dei ulike tilboda innan helse-



og omsorgstjenestene. Det er mange som ikkje veit om tilboda som fins, eller som synes det er vanskeleg å orientere seg om tilboda og rettighetane ein har.

Som sjukepleiar kan vi vere den som driv eit dagsentertilbod, eller har oppfølging med pasienten i heimesjukepleien. Det er viktig å ha kjennskap til pasientane og demensforløpet for å yte god sjukepleie. I oppgåva har eg prøvd å få fram korleis eit dagsentertilbod kan vere med på å ivareta sjukepleiefunksjonen og tjenesta sine sentrale mål om helse, livskvalitet, meistring og omsorg. For heimebuande pasientar med demens kan eit dagsentertilbod vere med på å skape ein meningsfull kvardag saman med andre, vedlikahalde dagleglivet sine funksjonar lenger og hjelpe brukarane til å ha ein betre struktur på døgnet. I tillegg til å vere eit aktivitetstilbod for personar med demens, kan dagsentertilbod verke avlastande for pårørande. Dette, saman med godt utbygd heimesjukepleie, kan vere med å utsette institusjonsinnlegging. Tek vi utgangspunkt i Næss sin definisjon av livskvalitet, om at livskvalitet er å ha det godt, vil eg påstå at dagaktivitetsenter er med på å fremje livskvaliteten til personar med demens.

## LITTERATURLISTE

Birkeland, Arvid og Natvig, Gerd Karin (2008) Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10: s.3 - 14

Brækhus, Anne (m.fl) (2009). *Hva er demens?* Tønsberg: Forlaget aldring og helse

Dale, Merete J. (2006) ”Mennesker med aldersdemens” (Kap.10 s. 159 – 172) I: Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eek, Arnfinn og Nygård, Aase – Marit (2006) *Lysning i siktet?* Tønsberg: Aldring og helse

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

Engedal, Knut (2000) *Urunde hjul – alderspsykiatri i praksis* Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Sem.

Fjalestad, Elin, Heier, Jorunn og Kleiven, Tove (2002) ”*Så bra at eg trefte på døkk...*” Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Granholt, Gro Østmoe, 2007 *Individuell hverdag i gruppe. Skjermet enhet for personer med demens.* Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Hauger, Brit (2009) *Over terskelen. Arbeidslag i hjemmetjenesten. Ambulerende dagtilbud* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Haug, Helga Katharina, Engelund, Heidi og Aarheim, Kjell Arne (2006)  
”Samarbeidspartnere og samarbeid” (Kap. 16 s. 248 – 257). I: Solheim, Marit og  
Aarheim, Kjell Arne (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015, ”Den gode dagen”*.  
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Rundskriv nr 1-5/2007 Aktiv omsorg –  
sentral del av en helhetlig omsorgstilbud*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Karoliussen, Mette og Smebye, Kari Lislerud (1997) *Eldre, aldring og sykepleie*  
Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne (2005) ”Om  
sykepleie” (Kap.1 s. 13 – 27). I: Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og  
Skaug, Eli-Anne (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1* Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren (2005) ”Helse og sykdom” (Kap.2 s.28 – 77). I:  
Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne (red.) *Grunnleggende  
sykepleie bind 1* Oslo: Gyldendal Akademisk

Lillesveen, Birger og Lystrup, Linda Stendal (2006). ”Hjemmeboende personer med  
demens” (Kap.18 s. 284 – 296) I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) *Evige  
utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre* Forlaget Aldring og helse.

Nasjonal foreningen for folkehelse. ”Hjelpe- og behandlingstilbud”. [Online]. Web  
adresse:  
[http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Rettigheter/Hjelp\\_og\\_behandlingstilbud/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Rettigheter/Hjelp_og_behandlingstilbud/) [2.sep.2009].

Nasjonalt kompetansesenter for demens. ”Dagtilbud og avlastningsordning for  
personer med demens”. [Online]. Web adresse:  
<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=453> [2.sep. 2009].

*Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2007 – 2008* (2007) Oslo: Gyldendal Akademisk

Nygård, Aase-Marit (2009) ”Frå alderssløv til person med demens. Offentlige rammebetingelser for behandling og omsorg” (Kap.1. s.17 – 32) I: Krûger, Ragnhild M. Eidem (red.) *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Odland, Liv-Helen (2005) ”Menneskesyn” (Kap.1 s. 23 – 39) I: Brinchmann, Berit Støre (red.) *Etikk i sykepleien* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Selbæk, Geir (2006) ”Vet vi hvordan de har det? Måling av livkvalitet hos personer med demens” (Kap.4 s. 63 – 76) I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre* Forlaget Aldring og helse.

Smebye, Kari Lislerud (2005) ”Kontakt med andre” (Kap.18 s.80 – 117) I: Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3* Oslo: Gyldendal Akademisk

Solheim, Marit (2006) ”Familien og andre nære pårørende” (Kap.15. s. 218 – 247) I: Kirkevold, Marit og Ekern, Karen Strømsnes (red.) *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Solheim, Marit (2006) ”Heimesjukepleie – eit spegelbilete av samfunnet og helsetenesta” (Kap.2. s. 24 – 42) I: Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Solheim, Marit (2006) ”Å vere kronisk sjuk – oppleving, meistringsoppgåver og konsekvensar for sjukepleie” (Kap.8 s.110 – 133) I: Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (2006) ”Innleiing” (Kap.1 s. 15 – 23) I:  
Solheim, Marit og Aarheim, Kjell Arne (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i  
heimesjukepleie* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *IS-1486 Rapport: Glemsk, men ikke glemte! Om  
dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer  
med demens* Delplan under Omsorgsplan 2015. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Statministerens kontor. ”Politisk plattform for flertallsregjeringen” [Online]. Web  
adresse:[http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2009/  
politisk-plattform-for-flertallsregjerin.html?id=579058](http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/dok/rapporter_planer/rapporter/2009/politisk-plattform-for-flertallsregjerin.html?id=579058) [05.04.10]

Strandli, Elin H. Aarø (2007) *Den beste dagen på mange år... Dagtilbud for personer  
med demens i Grønn omsorg Tønsberg* : Forlaget Aldring og helse

Westerberg, Trude Helen (2009) *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam,  
dagsenter og pårørandeskoler* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Aadland, Einar (2006) ”Og eg ser på deg...” *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*  
Oslo: Universitetsforlaget

## Vedlegg 1

### Bergers skala

**I** Fungerer i miljøet, men begynnende hukommelsessvikt forstyrrer daglige aktiviteter.

**II** Fungerer utan hjelp bare i kjente omgivelser

**III** Kan kle på seg, men må ha veiledning

#### **Kritisk punkt**

**IV** Kan ikke lenger kle på seg under veiledning, men må ha praktisk hjelp

**V** Må ha stadig meir hjelp på alle områder

**VI** Terminalfasen – sengeliggende, eller sitter i en stol. Reagerer bare på taktil stimulering

(Strandli 2007, s.11)

Denne skalaen kan vere med å vurderer fungeringsevna hos personar med demens i forhold til omsorgsbehovet. Overgangen mellom punkt tre og fire markerer ein overgang frå å meistre ved veiledning til å måtte få direkte hjelp (Strandli 2007, s.11). Pasientar som befinn seg på trinn ein og to klare seg sjølv, utan hjelp frå det offentlege hjelpeapparatet. På trinn tre vil pasienten ha behov for heimebasert omsorg og tilbod om dagsenter. På trinn fire vil pasienten ha glede av å bu i bukollektiv for demente, eller ha tett oppfølging av heimetjenester dagleg. På trinn fem og seks meldar behovet for døgnkontinuerleg omsorg og pleie seg, og pasienten har behov for å kome i institusjon (Engedal og Hauge 2005, s. 22 - 23).

## Vedlegg 2

<b>Tilrettelagte plasser i dagtilbud for personer med demens</b>				
	1996 - 1997	2000/2001	2004/2005	2007
Andel kommuner med dagtilbud	18,2 %	23 %	24 %	30,2 %
Antall kommuner med dagtilbud	79	100	104	130
Antall brukere totalt	671*	1377*	1540*	2351**
Hjemmeboende personer med demens***	29 800	31 600	33 200	34 600
Dekningsgrad	2,3 %	4,4 %	4,6 %	6,8 %
*) Tallene er beheftet med noe usikkerhet, spesielt er rapporteringen fra de store byene usikker.				
**) Tallet er beheftet med noe usikkerhet, mangelfull informasjon frå 11 kommuner.				
***) Tallene bygger på en demensforekomst hentet frå Ott et.al. 1995 og befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå. Det tas utgangspunkt i at om lag 50 prosent av personer med demens bor i eget hjem.				

(Westerberg 2009, s.39).

### Vedlegg 3

Database:	Søkeord:	Antal treff:
BIBSYS	demens + dagsenter	3
BIBSYS	demens + grøn omsorg	6
PubMed	day care center AND dementia	179
SweMed+	demens day care (kombinert søk)	22
SweMed+	demen\$ quality of life (kombinert søk)	39
SweMed+	demen\$ activities of daily living (kombinert søk)	81
SweMed+	Dagsenter	1
SweMed+	Grøn omsorg	1

Tabellen er ei oversikt over dei databasane og søkeorda eg har nytta i søk etter relevant litteratur. Ikkje alle treffa var relevante for mi oppgåve, men dette går ikkje fram av denne tabellen.