



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling Elverum

Emne 4VFOPSH1

«Alene i skoddeheimen»

«Hvordan kan hjemmesykepleien bidra til sosial deltagelse hos hjemmeboende, enslige personer med demens?»

Guro Brenden

Antall ord: 9950

Kull 3 2011-2013

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Innhold

1.0	Innledning.....	3
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2	Begrensning og spesifisering av oppgaven.	4
1.3	Oppgavens oppbygging.....	4
2.0	Metode.....	6
2.1	Litteratursøk.....	6
2.2	Kildekritikk.....	6
2.3	Kildeetikk.....	7
3.0	Teoretisk referanseramme.....	9
3.1	Den salutogene modellen for helse.....	9
3.2	Kitwoods syn på demens og behov.....	10
3.3	Brukeren i sitt eget hjem.	11
3.4	Hjemmesykepleie.....	12
3.5	Hva er demens?.....	13
3.6	Atferdsendringer.....	13
3.7	Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens.....	14
3.8	Sosialt nettverk og sosiale relasjoner.....	15
3.9	Sosial deltagelse ved hjelp av frivillighet.....	16
3.10	Samarbeid.....	17
4.0	Hvordan kan hjemmesykepleien bidra til sosial deltagelse hos hjemmeboende enslige personer med demens?.....	18
4.1	Kompetansen i hjemmetjenesten.....	18
4.2	Organisering av arbeidslag i hjemmetjenesten.....	19
4.3	Sosial deltagelse hos personer med demens.....	20
4.4	Hjemmesykepleiens rolle i å bidra til sosial deltagelse.....	23
4.5	Den salutogene tenkningen overført i hjemmesykepleien.....	26
5.0	Konklusjon.....	30

Litteraturliste

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har jobbet i hjemmetjenesten som sykepleier i mange år, og har jeg opparbeidet meg en rekke erfaringer knyttet til pasientgruppen «enslige hjemmeboende med demens». Min erfaring med møte med personer med demens, er at det finnes mennesker som bor alene, er enslige og har få eller ingen nære pårørende. Statistikk viser at i 2009 bodde omlag 22 % av Norges befolkning alene. Det kommer også fram at enslige mennesker med svekket helse, lettere faller utenfor den sosiale arenaen, i følge Nordmann (2010). I følge en kartleggingsundersøkelse av pasienter som får hjemmesykepleie i Norge, oppgir 28 % av pasientene at de opplever seg sosialt isolerte eller ensomme, hevder Birkeland og Natvik (2008). Døgnet har mange timer, og uken har mange dager hvor denne pasientgruppen, i stor grad er overlatt til seg selv.

Det som var avgjørende for valg av problemstillingen, var opplevelsen når jeg utfører kognitive tester i forhold til hukommelse. Mange kan opplever dette som ubehagelig. Jeg erfarte at mange som bor alene syntes det var en hyggelig opplevelse. Da vi var ferdig utbrøt pasienten; «dette var jammen meg koselig, så fint at noen kommer og setter seg ned for å prate litt».

Min problemstilling er: *Hvordan kan hjemmesykepleien bidra til sosial deltagelse hos hjemmeboende, enslige personer med demens?*

I artikkelen av Birkeland og Natvik (2007), belyses det at de som bor alene, og ikke har familie til å hjelpe seg ut i sosiale settinger, blir sittende alene, bundet til boligen. Jeg opplever at hjemmetjenesten slik den er organisert i mange kommuner, har svakheter i møte med denne gruppens behov for sosial kontakt. Mye tyder på at evnen til å holde fast ved egen identitet, er mer avhengig av hvordan omgivelsene legger til rette for det, enn selve demenssykdommen (Rokstad og Smebye, 2009).

Vårt velferdssystem bygger i dag på det prinsipp at det offentlige trer inn med hjelp og støtte dersom den enkelte ikke mestrer å sørge for seg selv og sine. Den primære forsørgelsesinstitusjonen er familien. Dersom den svikter eller ikke strekker til, som følge av sykdom eller uførhet, er det en legitim grunn å få hjelp og støtte fra det offentlige (Stamsø, 2005). Når hjemmetjenesten er pasientens eneste sosiale kontakt, mener jeg det ligger et faglig og medmenneskelig ansvar på den enkelte fagperson i møte med denne gruppen.

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive hvordan enslige personer med demens får dekket behovet for sosial deltagelse, samt bevisstgjøring på dette behovet i hjemmesykepleien.

1.2 Begrensning og spesifisering av oppgaven.

I denne oppgaven ser jeg på hjemmeboende personer med demens. Jeg velger ikke å kategorisere kjønn, og bruker hun/han og pasient/bruker ettersom det faller seg naturlig i den kontekst jeg setter det i. Målgruppen er i alderen 75-80 år og er enslige med få eller ingen nære pårørende. Personer fra 67 år og oppover omtales som eldre. De som er fra 80år og oppover, defineres som gamle (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009). Jeg fordyper meg ikke i noen type demens, men omtaler personer med demens som gruppe i sin helhet. Jeg har erfart at denne gruppen har en rekke likhetstrekk som jeg gir mer rede for videre i oppgaven.

Begrepet «personer med demens» er en betegnelse jeg velger å bruke. På en slik måte kan jeg være med å belyse og fokusere på *personen* som trer frem, på tross av sykdom, samt fokusere på at personligheten fremdeles har friske sider (Kitwood, 2012). Evnen til å vise og gjenkjenne følelser, er fremdeles bevart, selv om personen er rammet av demens (Rokstad og Smebye, 2009). I forhold til begrepet *bidra*, i problemstillingen, mener jeg sykepleierens arbeid enten indirekte eller direkte i ivaretagelse av sosial deltagelse, enten ved tilstedeværelse igjennom sitt arbeid, eller formidle hjelp igjennom andre sosial tiltak.

Med hjemmesykepleien som arena, velger jeg å se på sykepleierens arbeid i denne kontekst. Målsettingen er å presentere hjemmesykepleiens ståsted i møte med målgruppen. Jeg legger ikke stor vekt på dagsenter, depresjon eller demensteam i hjemmesykepleien. Målgruppen bor i eget hjem, uavhengig av hvilken form.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven har 5 hoveddeler. Først er innledningen, som en presentasjon av oppgavens med begrensninger og introduksjon i forhold til målgruppen. Videre blir metodekapittelet presentert der jeg gjør rede for hva slags fremgangsmåte jeg benytter meg av for å skrive oppgaven. I oppgavens 3. kapittel kommer Antonovskys teori, og en kort introduksjon av Kitwoods omsorgsfilosofi i møte med personer med demens. Videre nevnes hjemmet som

arena, og hjemmesykepleien og tilbudet knyttet til hjemmeboende personer med demens, samt kort redgjørelse av hva demens innebærer. Sosiale relasjoner, frivillighet og samarbeid mellom de ulike instansene blir videre vektlagt. I kapittel 4 kommer drøfting. Her trekkes de ulike områdene, som er nevnt i teoridelen, sammen opp mot hverandre, og belyst med egen erfaring, i tråd med problemstillingens vinkling. Antonovsky drøftes i eget kapittel, sett i lys av hjemmesykepleien og dens organisering. Kitwood drøftes underveis i oppgavens 4. kapittel. Konklusjonen kommer i det 5. kapittelet. Her kommer en oppsummering av oppgavens innhold og hva som er viktig i forhold til problemstillingen jeg reiser.

2.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte eller et middel man benytter seg av for å kunne løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Den er et redskap som vi benytter oss av når vi skal samle inn data, eller en type informasjon vi skal benytte oss av (Dalland, 2007).

2.1 Litteratursøk

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det innebærer å bruke litteratur, og hente inn kunnskap som allerede er skrevet av andre. For å finne frem relevant litteratur, har jeg benyttet meg av bibliotekets søkemotor BIBSYS for å finne relevante bøker. SweMed, Idunn, Google Scholar og Google benyttet jeg meg også av. Jeg har hentet ut artikler i tidsskrift Sykepleie Forskning, Sykepleien og tidsskrift for Den norske legeforening. Artikkene har hovedsakelig brukt kvalitativ metode i sine undersøkelser. Hensikten er å belyse oppfatninger, følelser og ulike påkjenninger i hverdagen, og skal gi samfunnet en bedre forståelse (Dalland, 2007).

Kvantitativ metode ble brukt i tidsskrift fra Den norske legeforening. Metoden tar sikte på å beskrive fenomenet ved hjelp av prosenter og tall (Dalland, 2007). Oppgaven vil også inneholde en del erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap er faglig skjønn og etiske vurderinger en har med seg i møte med personer med demens. Videre gir den kontaktet vi har opparbeidet i møte med personer med demens, nyttig erfaring i hvordan vi kan forstå deres situasjon for å kunne gi støtte og hjelp (Rokstad og Smebye, 2009).

Søkeord: Hjemmeboende, aleneboende, hjemmesykepleie, demens, sosialt nettverk og sosial deltagelse.

2.2 Kildekritikk

Metoden som jeg bruker skal gi troverdig kunnskap. Det innebærer at det stilles krav til validitet og reliabilitet. Det innebærer at kunnskapen skal være relevant og gyldig, men også pålitelig og at målinger skal utføres korrekt (Dalland, 2007). Jeg forstår dette som at jeg også må forholde meg kritisk til egne tolkninger. Egne erfaringer er også benyttet i oppgaven. Jeg har bakgrunn som sykepleier, og det er med på å farge mine erfaringer. Innhenting av ulike litteratur, var en omfattende prosess der jeg i starten, med varierende hell, brukte ulike søkekombinasjoner. Det meste av litteraturen er i all hovedsak blitt skrevet av personer med helsefaglig bakgrunn. Litteraturen har i all hovedsak vært av nyere dato, da det kontinuerlig skjer ny forskning på dette område. Unntaket er boken «Generell sykepleie», som ble utgitt i 1996. Jeg valgte allikevel å anvende denne da jeg skulle gjengi Kari Martinsen. Forfatteren er etter min oppfatning både troverdig og anerkjent. Jeg har også benyttet meg av informasjon

jeg har lest i utgivelser fra helse og omsorgsdepartementet. Lovene og forskriftene er hovedsakelig av nyere dato.

Forskningsartiklene jeg har benyttet, er fra Norge, og Sverige. Det kan ses på som en svakhet at jeg ikke har vektlagt forskning i fra andre land. For å få et troverdig bilde av målgruppen, synes jeg det var av stor betydning å kunne bruke erfaringer knyttet til nabolandet vårt. Slik jeg ser det, er Sverige og Norge relativt like i kultur og væremåte, og gir derfor tilstrekkelig og relevante funn i forhold til målgruppen enslige hjemmeboende personer med demens. Undersøkelser viser at mange eldre hjemmeboende kan ha en udiagnostisert demensdiagnose. Kun 54 % av målgruppen hadde en demensdiagnose stilt av lege. Lystrup, Lillesveen, Nygård og Engedal (2006). De ulike forskningsartiklene som jeg henviser til i oppgaven, vil derfor ikke belyse gruppen brukere som ikke har en diagnose stilt av lege, men som like fullt kan ha en demensdiagnose. Det er derfor, etter min oppfatning flere mørketall, som ikke blir med i noen form for vurdering.

Det var lite litteratur som omhandlet temaet enslige personer med demens. Jeg har derfor benyttet meg mye av litteratur som omhandler temaer hver for seg, og satt informasjonen i sammenheng etterpå.

Det som er positivt med at oppgaven er en litteraturstudie, er at man kan finne relativt mye informasjon på kort tid, men jeg har også erfart at dette også kan være en svakhet. Det finnes svært mye litteratur som er tilgjengelig, spesielt på internett. Ikke all informasjon som ligger tilgjengelig, er kvalitetssikret. Jeg har anvendt både sekundærlitteratur og primærlitteratur. Sekundærlitteratur betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn forfatteren selv, og kan være fortolket (Dalland, 2007). Dette har jeg vært bevisst på i skriveprosessen.

2.3 Kildeetikk

Å skrive en oppgave, handler om at jeg som forfatter må gjøre etiske overveielser underveis. Å tolke andres tekst innebærer å forhindre fordreining av dokumentasjonen, slik at det får svekket pålitelighet. Det innebærer å håndtere forfatterens verk med respekt (Malterud, 2011). Jeg har vektlagt at jeg ikke misbruker forskningsartiklene og litteraturen, og ikke setter informasjonen ute av sammenheng, men slik den er ment. Det har også vært viktig for meg å holde fokus på å henviser til forfatteren når jeg har brukt produktet i teksten.

I mitt arbeid med oppgaven, setter jeg krav i forhold til å skulle sikre personvern. Erfaringer og pasientbeskrivelser skal omtales slik at det ikke er mulig å gjenkjenne personens identitet.

Det har vært viktig i skriveprosessen å ivareta taushetsplikten som jeg har i forhold til brukerne i hjemmetjenesten, samt lojaliteten jeg har i forhold til mitt ansettelsesforhold. Det er også viktig å være varsom i forhold til personbeskrivelser. Det å overdrive beskrivelser av ulike personer for å understreke et budskap, kan medføre at man får stereotype oppfatninger og fremstillingen kan bli respektløs (Malterud, 2011).

3.0 Teoretisk referanseramme

Dette kapittelet danner bakgrunn for drøftingen videre i oppgaven. Her belyses faglitteratur som skal danne et teoretisk grunnlag for å kunne komme fram til en løsning på problemstillingen.

3.1 Den salutogene modellen for helse

I dette avsnittet har jeg valgt å anvende Antonovskys teori om salutogenese. Denne teorien fokuserer på forebyggende faktorer. Det er økt fokus i samfunnet på å fokusere på helsefremmende tiltak. I samhandlingsreformen St. meld 47 (2008-2009), legges det vekt på tiltak bland annet for å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Antonovskys teori blir derfor aktuell i møte med målgruppen i oppgaven, samt i tiden fremover.

Den medisinske sosiologen Aron Antonovsky (1923-94), skapte begrepet salutogenese. Dette ble en ny tenkning, som ble en motpol fra å fokusere på sykdomsfremkallende forhold, *patogenesisen*, til forebyggende faktorer der man fokuserer på faktorer som styrker helsen og motstandskraften mot de negative faktorene-*salutogenesisen* (Mæland, 2010). Ordet salutogenese kommer fra latin, og ordet *salus* som betyr helse, og fra det greske ordet *genesis* som betyr utspring eller oppkomst (Hagqvist og Widinghoff, 2000).

Det salutogene perspektivet, fokuserer på hvilke faktorer som bidrar til å bevare personens mestringsressurser. I stedet for å fokusere på stressfaktorene, hvorfor personen blir rammet av sykdom, legger man vekt på å forstå menneskets historie. Dette er en orientering om hvorfor noen befinner seg i den positive skalaen av helse. Mennesket er utsatt for ulike stressfaktorer, altså krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk overførbar respons på. I visse tilfeller kan det å være utsatt for stress være utviklende og øke menneskets motstandskraft (Antonovsky 2012). Tar man utgangspunkt i denne tenkemåten, vil alle mer eller mindre, kontinuerlig, befinne seg mellom ytterpunktene å være frisk eller syk, eller helse eller uhelse (Antonovsky, 2012).

Som et svar på den salutogene tenkemåten, tvang det seg fram en teori om mestring som Antonovsky definerte som «sense of coherence». Oversatt til norsk blir begrepet omtalt som «opplevelse av sammenheng». Det innebærer at man har en vedvarende tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart. Det betyr at det er stor sannsynlighet for at ting vil utvikle seg innen rimelighetens grenser for hva man har grunn til å tro (Hummelvold, 2012). I oppgaven

blir begrepet forkortet til OAS. Kjernen i OAS er begrepene meningsfullhet, begripelighet og håndbarhet (Antonovsky, 2012).

- *Meningsfullhet*, er en faktor som innebærer at man er delaktig i sin egen skjebne. Det settes fokus på at man er involvert i forhold til prosessene som former ens egen skjebne. Antonovsky (2012), mener at dette er den viktigste motivasjonsfaktoren. Opplever vi ikke at det vi gjør har noe mening, blir vi mindre interesserte i å håndtere utfordringene vi møter.
- *Begripelighet*, innebærer at vi oppfatter indre og ytre stimuli som fornuftsmessige og forståelige hendelser, og ikke kaotisk, uventet eller uforståelig. Videre forklares det med at dersom noe uventet eller overraskende inntreffer, så kan det la seg ordne eller forklare (Antonovsky, 2012).
- *Håndbarhet*, innebærer at man har ressurser til å håndtere de kravene man blir stilt ovenfor i forhold til stressrelaterte stimuli. Ressursene utenfra kan være pleiepersonell, kollega eller noen man har tillit til eller kan stole på. Har man en sterk følelse av håndbarhet, kan man bearbeide sorg eller motgang. Man føler seg ikke som et offer for omgivelsene, eller at livet har behandlet en urettferdig.

Vi mennesker har en rekke generelle motstandsressurser. Antonovsky refererer til at nyere funn bekrefter at sosial støtte ikke bare fungerer som en buffer men også som en direkte sykdomsforebyggende faktor (Antonovsky, 2012).

3.2 Kitwoods syn på demens og behov

Tom Kitwood er en annen teoretiker som baserer sin teori på demenspleie (Kitwood, 2012). Her vil jeg kort gjengi essensen i det jeg finner relevant for min oppgave.

Kitwood presenterer de 5 viktigste psykologiske behovene til personer med demens. Disse er *trøst, identitet, beskjeftigelse, inklusjon og tilknytning*. Ved å dekke disse behovene, vil man kunne oppnå personsentrert omsorg (Kitwood, 2012). Jeg utelater *trøst*, da dette ikke er i oppgavens prioritering.

- *Identitet*, betyr å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig, samt at man har en fornemmelse av kontinuitet med fortiden og nåtiden. Den primære oppgaven for demensomsorgen er å opprettholde personens identitet til tross for sviktende åndsevner (Kitwood, 2012)

- *Beskjeftigelse* blir knyttet til å være involvert på en måte som fremhever personens evner og krefter. Det innebærer ofte å være involvert i gjøremål, prosjekt eller knyttet til arbeid eller fritid. Mangel på beskjeftigelse kan medføre at evner og selvfølelse forsvinner (Kitwood, 2012).
- *Inklusjon* menes at mennesker er sosiale av natur, og dette behovet er svært aktuelt hos personer med demens. Det sosiale livet vil ofte i denne sammenheng være truet som følge av sykdomsutviklingen. Når behovet oppfylles vil man kunne delta
- *Tilknytning*, menes at vi tilhører en sosial art, og vi etablerer følelsesmessige bånd eller tilknytninger. Dette behovet kan være like sterkt hos personer med demens, som hos nyfødte. Uten den sikkerhetsfølelsen som tilknytning gir, kan det være vanskelig for personen å fungere ordentlig (Kitwood, 2012).

3.3 Brukeren i sitt eget hjem.

Hjemmet gir et inntrykk av den som bor der. Det avspeiler hvem vi har vært, hva slags personlighet vi har, og hva slags interesser vi har (Hauger, 2009). Det innebærer med andre ord mer en et hus med vegger og tak. Bak hver dør bor ulike mennesker med forskjellige ønsker, behov, drømmer og håp. Det som er felles, er at hjemmet er av betydning for oss. Hjemmet er et symbol på våre verdier, enten man bor alene, sammen med andre eller andre boformer. Det er et sted vi skaper mening og sammenheng i tilværelsen. Hjemmet ses på som et sted man kan føle seg trygg og beskyttet fra omverden, men også et sted for det sosiale livet og de nære relasjonene.

Hjemmet innehar forskjellige former enten det er av midlertidig karakter eller fast bosted. Det som er felles er at dørstokken symboliserer en viktig grense mellom det private og det offentlige rom. Inngangsdøren, dørklokke, dørmatten og navneskiltet kan være virkemidler som kan understøtte denne grensen (Fjørtoft, 2012).

Det å være et menneske innebærer at livet vårt er innvendt i andres liv og omvendt, men det medfører også å være et separat individ atskilt fra andre (Henriksen og Vetlesen, 2011). Det å ha andres hjem som arbeidsplass innebærer at hjemmesykepleien ikke må glemme hvem som eier hjemmet, og ha respekt for personens ønsker og behov. Det innebærer også en del etiske aspekter der brukerens autonomi, rett til selvbestemmelse, blir utfordret i møte med personalets holdninger. Demensrammede er en gruppe som kan ha vansker med å leve opp til kravet om brukermedvirkning, der man vektlegger at brukeren skal ha innflytelse på tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2012).

3.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud som blir gitt til de som er hjemmeboende, som har svekket helse, er syke eller dersom alderdom eller livssituasjon har ført til at de trenger hjelp i en kortere eller lengre periode. Det skal også bidra til at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig, samt hjelp til å mestre hverdagen og få et så godt liv som mulig i eget hjem. Hjemmesykepleien innehar mange ulike arbeidsfelt med mye variasjon i forhold til pasientgrupper, og innebærer implementering av et mangfold av samarbeidspartnere (Fjørtoft, 2012).

Retten til hjemmesykepleie er stadfestet i Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester (2011- 06-24) § 3-1.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. (Lovdata.no).

Videre i § 1-1. Sier loven at kommunen skal tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne. Samt at kommunen blant annet skal fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Den enkelte skal få muligheten til å leve og bo selvstendig og til å ha en meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

Hjemmesykepleien er styrt av en rekke politiske føringer. Dette har innvirkning på levekårene til hjemmeboende som trenger hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2012). I 2010 vedtok Regjeringen samhandlingsreformen St. meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid, som ble innført 1.1.2012. Dette innebærer blant annet at kommunen får omfattende oppgaver i forhold til at flere lever med kroniske sykdommer som blant annet demens. Behovene for helsehjelp skal mest mulig løses der menneskene bor, samt at pasienten får en klarere rolle. Det skal vektlegges at man i større grad skal involvere pasienten i forhold til utformingen av tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2012).

3.5 Hva er demens?

Her vil jeg gi en kort innføring i hva demens er, ulike demenstyper, samt litt om atferdsendringer. Jeg unngår diagnostisering og ulike behandlingsformer, medikamenter og andre tiltak knyttet til demens, da det ikke er relevant i forhold til oppgavens problemstilling.

Demens er en av de største omsorgsutfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen. (Demensplan, 2015). Over 70000 nordmenn er i dag rammet av demens, og som følge av at antall eldre øker i samfunnet, er det stadig flere som får demens (Nasjonalforeningen for folkehelse).

Demens er en samlebetegnelse på en rekke hjerneorganiske sykdommer. Det innebærer kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre aktiviteter i dagliglivet tilfredsstillende, sammenlignet med tidligere, samt endret sosial adferd. Det innebærer svekket mental kapasitet og medfører svikt psykologiske prosesser som hukommelse, læring, tenking, oppmerksomhet og kommunikasjon, forårsaket av en organisk sykdom i hjernen. (Engedal og Haugen, 2009).

Alzheimers sykdom er den vanligste typen for demens. Minst 60 prosent av alle de som rammes av demens, har denne typen. Vaskulær demens er den nest hyppigste formen for demens. Cirka 20-25 prosent lider av denne typen. Demens med Lewylegmer og frontotemporallappdemens er den tredje og fjerde hyppigste demenstilstanden (Engedal og Haugen, 2009).

3.6 Atferdsendringer

De mest fremtredende atferdsendringene ved demens er apati og passivitet. En blir mer inaktiv og slutter å være med på aktiviteter som tidligere ble sett på som lystbetont. Initiativløshet i forhold til hobbyvirksomheter, og at man slutter å følge med i samtaler og slutte å lese aviser, er noen endringer (Engedal og Haugen 2009). Depresjon og tilbaketrekning kan også opptre hyppig ved demens. Sviktende evne til mestring og opplevelse av tap, vil kunne gi depresjon. Personer med demens kan også få problemer med å holde oversikten på grunn av hukommelsessvikten. Dette kan føre til angst. Mange opplever usikkerhet ovenfor fremtiden, og det er svært belastende når personen ikke lenger forstår hva som skjer i omgivelsene, og blir redd (Rokstad og Smebye, 2009).

3.7 Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens

Halvparten av de som er rammet av demens, bor i sitt eget hjem Lystrup, Lillesveen, Nygård og Engedal (2006). Hjemmetjenesten består i dag av hjemmesykepleie, og det som kalles praktisk bistand. I de fleste kommuner er det organisert slik at hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleietjenesten har en felles leder, ofte fordi det er viktig at de ulike tiltakene blir vurdert samlet. Lederen har ansvaret for at det blir fattet et vedtak som settes ut i livet. Det skal sikre at brukere får den hjelpen som er blitt avtalt (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009).

Det er stor variasjon på hva slags tjenester som hjemmeboende med demens mottar. Noen pasienter får hjelp til daglige aktiviteter, samt å ta medisiner riktig. Annen hjelp kan være å gjøre innkjøp, tilberedning av måltider og hjelp til personlig hygiene, i følge Lystrup, Lillesveen, Nygård og Engedal (2006). Det finnes få retningslinjer som sier noe om hvordan omsorgstjenesten i kommunen skal være organisert. Lovverket styrer hva slags tjenester og oppgaver som kommunen ivaretar, men det er mye opp til kommunen hvordan man løser oppbygningen av tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2012). Noen kommuner har organisert tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens, som arbeidslag, der brukeren har en liten personalgruppe som er stabil over tid. Dette innebærer deriblant at personalet får en nær relasjon til brukeren, og kjenner vedkommende sin livshistorie (Hauger, 2009). Arbeidslag i hjemmetjenesten er en ny måte å organisere hjemmetjenesten på. Dette gjøres ved at personalgruppa er organisert som arbeidslag der man har funksjonsinndelte grupper. Personalet som jobber med brukeren, vektlegger primærkontaktfunksjonen (Hauger, 2009). Personer med demens er avhengig av stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen. Ressursgruppen bør ha god kjennskap til demens. Tjenesten gis regelmessig og mottakeren av tjenesten har få å forholde seg til (Glemsk, men ikke glemt, 2007). Målet for organiseringen av arbeidslag er å skape en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester. Personlig egnethet bør også være en faktor for å jobbe med denne pasientgruppen (Hauger, 2009). Det blir en funksjonsinndeling der en gruppe konsentrerer seg om sitt fagfelt. Hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere jobber i team, og turnusen er tilrettelagt slik at det alltid er noen fra arbeidslaget på arbeid. Slik kan personalet lettere følge opp pasientene og at man kan få en tettere medisinsk oppfølging (Hauger, 2009)

3.8 Sosialt nettverk og sosiale relasjoner

Vi mennesker har i tillegg til behov for mat og drikke, også behov for kjærlighet, fellesskap, respekt og trygghet (Mæland, 2010).

Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre (Fyrand, 2005). Det innebærer sosial samhandling, sosiale relasjoner og uformell struktur. I forhold til sosial samhandling er det gjensidighet mellom mennesker, men ikke nødvendigvis likeverd mellom dem. Det skjer en gjensidig påvirkning via en eller annen form for kommunikasjon. Når man ser på sosiale relasjoner, er disse av en mer stabilitet, varighet eller regelmessighet i forhold til samhandlingen. Når man ser på den uformelle strukturen, så skjer det ofte samhandlingen på eget initiativ og behov, og er ikke formalisert av roller og funksjoner. En slik uformell struktur kan oppstå mellom naboer, kollegaer og venner (Fyrand, 2005).

Det er en naturlig forklaring på at nettverket endres i takt med økende alder. Når man eldes, går man over i andre roller og de rollene som tidligere var fremtredende, endres. Når gamle rammes av sykdom, og spesielt demens, skjer det ofte at nettverket rakner. Det kan få store konsekvenser for de som allerede har fått sin livssituasjon endret. De som er rammet av demens, opplever å utsettes for tap av selvbilde og identitet. Når nettverket, og de sosiale relasjonene reduseres, kan dette være mer belastende. Bekreftelser og opplevelsen av tilhørighet i det sosiale nettverket, kan bidra til å skape kontinuitet, og sette sammen fortid og nåtid (Witsø og Tesum, 1998). Ved langvarige kroniske sykdommer, vil man gradvis miste flere og flere funksjoner. Det kan være utfordrende i forhold til samarbeidet mellom nettverket og pasienten. Ved brå kortvarige kriser viser erfaringer at nettverket vil kunne mobiliseres. Nettverket vil derfor virke annerledes når sykdom er kronisk. Ved mental svikt vil grunnlaget for samhandling bli annerledes enn før sykdommen brøt ut (Fyrand, 2005).

Sosial isolasjon uten at man har noe eget valg, er ensomhet. I en norsk undersøkelse er det kommet fram til at størrelsen på det sosiale nettverket ikke sier noe i seg selv, hvor meningsfullt det synes å være. Selv om mennesker som har små sosiale nettverk, og ikke opplever at de er ensomme, er de mer utsatt for sosial isolasjon. Mangel på partner og intime relasjoner har innvirkning på emosjonell ensomhet, og størrelsen på nettverket, kan defineres med sosial ensomhet (Halvorsen, 2005).

Det viser seg at man bedre mestrer de negative livsbegivenheter og det stresset det medfører, ved hjelp av støtten i sosiale relasjoner. Sosial støtte kan være i form av råd, oppmuntring,

trøst og praktisk hjelp. Det å føle seg ikke sosialt verdsatt, kan ha negativ innvirkning på selvfølelsen. Utvikling av selvrespekt og følelse av at en er verdt noe, forutsetter at en opplever anerkjennelse som en likeverdig samfunnsdeltager (Halvorsen, 2005).

Dagtilbud er et tilbud som skal gi meningsfulle hverdager med gode opplevelser i felleskap med andre, samt at det bidrar til å aktivisere og stimulere (Demensplanen 2015)

3.9 Sosial deltagelse ved hjelp av frivillighet

Framtidens demensomsorg kommer til å bli utformet i møte med den uformelle og formelle omsorgen. Den frivillige sektoren er i forandring, og det vil være viktig å utforme nye former for frivillighet slik at den er tilpasset nye generasjoners levemåte. Som et ledd i Demensplanen 2015, skal samordningen med den frivillige innsatsen på demensområde være styrket innen 2015 (Demensplanen, 2015).

Det er lange tradisjoner for samarbeid mellom det offentlige og frivillige organisasjoner. Den senere tid, er det økt fokus på å bringe frivillighet inn på banen for å styrke ressursene i norsk samfunnsniv. De frivillige organisasjonene kan bidra til at behovene som ikke er blitt synliggjort, settes mer på dagsorden. I noen tilfeller er det naturlig at de frivillige organisasjonene, kan ivareta tjenesteytende oppgaver. De innehar nærhet til brukeren, og er ofte fleksible St. meld 47 (2008-2009).

Begrepet frivillige hjelpere er et samlebegrep som omtales personer som gjør en frivillig hjelpeinnsats uten å få betaling. Det kan være begrunnet ut fra ulike faktorer, men felles er at man ønsker å engasjere seg for en sak, eller for andre mennesker, og et ønske om å hjelpe andre (Fyrand, 2005).

Personer med et sårbart nettverk kan ha behov for hjelp fra uformelle hjelpere, som kan fungere som brobyggere til nye sosiale arenaer, eller opprettholdelse av allerede utviklede kontakter (Fyrand, 2005).

Røde Kors besøkstjenesten er en frivillig organisasjon som bidrar til hjelp og støtte til å bygge opp et sosialt nettverk. Røde Kors har satt det frivillige arbeidet inn i et system som er landsdekkende. Dette kan omfatte alt fra en-til en kontakt og ulike gruppeaktiviteter, samt forskjellige fritidstilbud (Fyrand, 2005). Gjennom besøkstjenesten kommer Røde Kors i kontakt med mange ensomme, ofte eldre, som ikke har noe annen sosial kontakt, etter at hjemmesykepleien går hjem St. Meld 47 (2008-2009).

3.10 Samarbeid

Bruk av frivillighet i demensomsorgen, og ellers i samfunnet, krever at det foreligger et samarbeid mellom brukeren, den frivillige hjelperen, og den profesjonelle hjelperen. Dersom det er mulig, skrives det en samarbeidsavtale som inneholder faktorer som arbeidsfordeling, presisering av taushetsplikt, samværshyppighet, varigheten av samarbeidet, brukerens behov og den frivilliges rolle. Slik kan man oppnå en felles forståelse av hva samarbeidet innebærer. Det er nyttig at det foreligger samarbeidsmøter mellom de involverte, slik at det oppdages forhold som den profesjonelle kan gjøre noe med. Samarbeid mellom ulike frivillige instanser medfører at arbeidsplassen må ha et uformelt nettverk som kan bidra med støtte for en slik, noe utradisjonell måte å arbeide på. Ofte kan det innebære holdningsendringer både på det formelle og det uformelle plan i institusjonen (Fyrand, 2005).

4.0 Hvordan kan hjemmesykepleien bidra til sosial deltagelse hos hjemmeboende enslige personer med demens?

Den teoretiske tilnærmingen som tidligere har blitt presentert, har vært med på å legge føringer for drøftingen i oppgaven. Drøftingen skjer i lys av egne erfaringer, teori og relevante forskningsartikler. Antonovsky drøftes i lys av hjemmesykepleiens organisering. En kort analyse av Kitwoods tenkning, blir drøftet spredt utover i kapitlet.

4.1 Kompetansen i hjemmetjenesten

«Ja, det er faktisk slik at noen setter seg ned, og noen setter seg ikke ned» (Birkeland og Natvig, 2008,s 9).

I en artikkel skrevet av Natvik og Birkeland (2008), kommer det frem at pasienter som mottar tjenester av hjemmesykepleien hadde positive opplevelser på det mellommenneskelige plan i møte med personalet de hadde god kjennskap til. Relasjonen mellom pasient og pleier i denne sammenheng, kunne utvikle seg til å bli vennskapelig og gi sosial støtte. En hevdet at hjemmesykepleien var den viktigste sosiale kontakten, og at man kunne snakke med dem om alt. Pasientene opplever det vanskelig når det blir skifte av pleiere. De følte imidlertid at selv om tiden til sosial kontakt var knapp, følte de at kontakten varierte fra person til person. Mange av pasientene som deltok i studien hadde hjemmesykepleien som eneste form for sosial funksjon. Det som var gjennomgående i denne undersøkelsen var at selv om tiden var knapp, dreide det seg mye om hvordan den enkelte utfører arbeidet i den tiden de har til rådighet. Dette støttes også igjennom andre undersøkelser som er gjort for å belyse hvorvidt brukere av hjemmetjenesten er fornøyd med den tjenesten de mottar. Forholdet til personalet er en faktor som blir lagt stor vekt på av brukeren, og mange personifiserer tjenesten med personalet (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009). Dette en markør av mange ulike faktorer. Personlig egnethet og en genuin interesse for faget handler også om kompetanse, samt rekruttere kvalifisert personell. Etterutdanning av helsepersonell er med på å kunne holde på kvalifisert personell. Tilstrekkelig utdanning er en nødvendighet for gode helse og omsorgstjenester. Dette kan bidra til at personell er dyktigere til å se de eldre sin situasjon, og bedre i stand til å yte kvalifisert hjelp (Glemsk, men ikke glemt, 2007).

Rogstad og Smebye, (2009) refererer til Kitwood, som vektlegger flere forhold i møte med pasienter med demens. Holdningen til demensomsorg må oppjusteres i alles bevissthet. Han

hevder at demensomsorgen krever høy grad av ferdighet, kreativitet og innsikt. Å skape en felles forståelse i personalgruppa er en nødvendighet, ikke bare blant den faglige ledelsen, men også politisk. Min erfaring er at mange av personalet i hjemmetjenesten ikke har denne pasientgruppen som hovedinteresse. Et av forslagene kan være innføring av internundervisning eller rollespill, i tråd med Kitwoods synspunkt i forhold til kreativitet.

I artikkelen av Lystrup, med flere (2006), kommer det frem at hjemmesykepleietilbudet til personer med demens er preget av instabilitet. I løpet av en uke kunne en pasient motta hjelp av opptil 8 forskjellige hjelpere. Dette kan medføre at det går utover den sosiale kontakten og det praktiske arbeidet, i følge artikkelen skrevet av Birkeland og Natvik, (2008). Den omhandler hvordan hjemmetjenesten ivaretar det sosiale behovet til brukerne av hjemmetjenesten. Her belyses også at brukerne av hjemmetjenesten er misfornøyd med de ulike ferievikarene. En sier; « *Det verste som kan hende oss i årets løp, er ferievikarene.* » (Birkeland og Natvik, 2008 s. 9) Dette illustrerer at hjemmetjenesten ofte er personavhengig, og ikke systemavhengig. En modell som kan være mer forutsigbar og stabil i møte med brukere av hjemmetjenesten, er etter min oppfatning en arbeidslagsmodell, som jeg vil utdype nærmere i neste avsnitt.

4.2 Organisering av arbeidslag i hjemmetjenesten

Når vi tar utgangspunkt i de utfordringene som er beskrevet, og vi vet hvilke utfordringer samfunnet står ovenfor, ønsker jeg å beskrive arbeidslag som eksempel på å organisere hjemmetjenestene på. Jeg mener at ved en slik funksjonsinndeling i arbeidslag, er mer motiverende for personalet å delta i. Kompetanseheving kan også være mer motiverende når de har denne pasientgruppen som hovedansvar. Etter min oppfatning kan de som er ansatte, i større grad, velge hva slags område de ønsker å jobbe innenfor. Fagfeltet demens skal alltid være i fokus i arbeidslaget (Hauger, 2009).

Jeg har erfart at å jobbe innen hjemmetjenesten, betyr at man store deler av dagen er overlatt til seg selv, i møte med brukeren. Hverdagen er travel, og helsepersonell føler seg ofte alene med å løse de utfordringene det medfører å ha ansvaret for enslige hjemmeboende personer med demens.

Et godt arbeidsmiljø, der man har en felles forståelse, bidrar til at medarbeiderne blir mer fornøyde, og dette resulterer i at man er bedre utrustet til å yte god helhetlig omsorg. Dette understøttes av prosjektet «Over terskelen». Denne organiseringen bidrar også til økt trivsel blant de ansatte (Hauger, 2009).

Tid er en faktor som er mangelvare i hjemmetjenesten. Ved vanlig organisering av hjemmetjenesten, følger man de gjøremål som står på listen til en viss tid. Det kan være vanskelig for personalet å se at de har utført det som er forventet når de kanskje ikke har fått krysset at alt de skulle vært igjennom. Samtaler med brukeren og den sosiale kontakten blir derfor ikke registrert eller tidfestet slik at de blir synliggjort (Hauger, 2009). I følge tidsskrift om omsorgstilbudet til hjemmeboende med demens av Hauger m flere (2006), kommer det frem at tidsbruken per dag i studien, var i gjennomsnitt 53 minutter. Tiden da ble vektlagt på personlig hygiene, medisiner med mer. Her blir det konkludert med at opplevelsen av ensomhet og depresjon ikke kunne la seg korrigere på den korte tiden som var igjen. Selv har jeg erfart som sykepleier i vanlig organisering, at sosial deltagelse sjelden har blitt satt på dagsorden. Hverken som et gjøremål på arbeidslistene, eller som eget tiltak i tiltaksplanen i vårt rapporteringssystem. Å jobbe i arbeidslag gjør at man lettere får et nært forhold til brukeren. Kontakten fremstår som en motpol til rigide arbeidslister som ikke tar hensyn til brukerens varierende situasjon eller humør. (Hauger, 2009). Kitwood hevder at demensomsorgens primære oppgave er å opprettholde personens *identitet* på tross av sviktende kognitive evner, og at kunnskap om pasientens livshistorie er av stor betydning for *identiteten* (Kitwood, 2012). Arbeidslagsorganiseringen kan være et forslag for å opprettholde identiteten på en god måte, også ved at man opprettholder kontinuitet og regelmessighet ved at kjent personalet utfører arbeidet.

4.3 Sosial deltagelse hos personer med demens

«Det kommer ikke så mange på besøk mer» (utsagn fra bruker med demens på demenskonferanse).

Det å ha en demensdiagnose, fører med seg nye utfordringer blant annet praktisk og sosialt. I artikkelen «Det er husken som er verst» er dette utsagnet dekkende for informantene i artikkelen. Det kommer frem at kortidsminne var redusert, og hendelser kunne oppstå, der man ikke kjente igjen kjente personer. I forhold til det sosiale aspektet, beror livskvaliteten på at man var mer avhengig av gode pårønderelasjoner, ifølge Brataas, (2005).

Personer med ektefelle, eller andre pårørende kan få hjelp til realitetsorientering og veiledning. De som er alene, må håndtere slike opplevelser på egenhånd, og blir mer sårbare i ulike sosiale settinger. Etter min oppfatning har hjemmetjenesten et ansvar i å iverksette tiltak som kan være med på å erstatte den rollen som pårørende har i mange sammenheng. Å

veilede enslige personer med demens i å søke om støttekontakt, kan være et tiltak, som jeg belyser ytterligere senere i oppgaven.

Som tidligere beskrevet, fører demens med seg en rekke atferdsendringer som medfører at mange trekker seg tilbake, og blir mindre sosialt aktive. Språkproblemene som kan oppstå, kan også gjøre sitt til at personer med demens kan ha vansker med å gi uttrykk for hva slags behov de har på dette område. I St. Meld 25 (2005-2006) er det nedfelt at den enkelte skal ha mulighet til en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Det kommer også frem at kommunen plikter å tilby sosiale tiltak, og hvilke tiltak som skal settes i gang, blir avgjort av kommunen, i samarbeid med brukeren. Å være alene kan ses på som et symbol på uavhengighet og autonomi, men også være et tegn på sosial mistilpasning og ensomhet Birkeland og Natvik (2007). Situasjonen til eldre som bor alene må ses på fra flere aspekter. Det ene er at sosial isolasjon og eller ensomhet ikke er en statisk tilstand. Omstendighetene rundt brukeren er i bevegelse, og kan variere ut fra livets ulike omstendigheter. Selv om den sosiale situasjonen kan se vanskelig ut for personer utenifra, så hevder mange at de til tross alt trives med å være alene, og i sin egen bolig, Birkeland og Natvik (2007). Dette illustrerer at vi som jobber i hjemmetjenesten må kjenne godt til brukeren, og må være varsom med å generalisere. Ikke alle mennesker ønsker å være sosialt aktive utenfor hjemmet. Som tidligere nevnt, kan hjemmet være en trygg forankring i hverdagen, og dørstokken blir et skille mellom det offentlige rom og det private. Dette må vi som arbeider i hjemmesykepleien være bevisst på.

I artikkelen som sammenfatter erfaringer hos hjemmeboende personer med demens, hevdes det at mange fant mening og sammenheng i dagligdagse sysler hjemme, som de selv kunne holde på med. Aktivitetene kunne også gi en dypere mening. For eksempel det å gå tur, kunne gi følelsen av delaktighet i noe større, både sosialt, samt å oppleve selvstendighet, Nygård (2010). Behovet for å være *beskjeftiget* er til stede hos personer med demens, i følge Kitwood. Det krever store ferdigheter og forestillingsevne av pleierne å skulle hjelpe, og ta del i ulike aktiviteter. Behovene bør oppfylles uten unyanserte «ferdigpakker», og det kreves at man har god kjennskap til personens forhistorie og *identitet* (Kitwood, 2012). Selv har jeg erfaring med en primærpasient som ikke hadde noe å ta seg til utover de få minuttene hjemmesykepleien var hos han. Han var svært glad i naturen. Ved at jeg tok en spasertur med han, fikk han en sosial aktivitet, som senere dannet grunnlaget for et fast gåtur i regi av Demensforeningen, med besøksvenn fra Røde Kors som ledsager. Brukeren satte stor pris på dette, og kunne fortelle om turen til personalet i hjemmetjenesten. Ved at man har god

kjennskap til brukeren, forteller denne erfaringen at ved å være kreativ kan man finne løsninger som vil være gunstig for både brukeren og personalet.

Dette understøtter viktigheten av at de frivillige aktørene og hjemmetjenesten samarbeider, og utveksler informasjon. Som tidligere beskrevet, bør det foreligge samarbeidsmøter, slik at man får en felles forståelse av brukerens behov.

«Det er ikke likeens som det var før i tiden - det er ikke bare å gå bort til folk – nå skjønner du» (Brataas, 2005 s.20).

I artikkelen «Det er husken som er verst», forfattet av Brataas (2005) blir det belyst en rekke utfordringer og problemer både praktisk og sosialt i forhold til hjemmeboende personer med demens. Mange personer med demens synes det var enklere å prøve ut aktiviteter og praktiske oppgaver hjemme, enn å mislykkes sosialt. Mange opplevde likevel livskvalitet innenfor sosial arenaene der de følte seg verdsatt, og sosialt akseptert. Dette understøttes også av Kitwood, i forhold til behovet for *inkludering*. Det sosiale livet til personer med demens, har en tendens til å forfalle, og pleiekulturen i demensomsorgen setter sjeldent dette behovet på dagsorden (Kitwood, 2012). Jeg ser at det er en utfordring å skulle overføre dette i praksis. Ved implementering av frivillige aktører i hjemmesykepleien, vil man kunne inkludere personer med demens i større eller mindre sosial deltagelse.

Ulike faktorer som initiativløshet, apati og tilbaketrekning, som tidligere utdypet, kan medføre at personalet i hjemmetjenesten møter utfordringer i å bidra til sosial deltagelse. Mange av hjemmesykepleiens brukere kan ha ulike former for fysisk eller psykisk svikt, som gjør at mange ikke mestrer å ivareta egne interesser, og som verken klarer å velge, si i fra eller å kreve. Mennesker som har en demensdiagnose, faller under denne betegnelsen. Mange klarer ikke å se konsekvensene av sine valg (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009).

Brukermedvirkning er et begrep som er mye brukt i nyere tid. Retten til brukermedvirkning, er ned nedfelt i Pasientrettighetsloven § 3-1. Det innebærer også en plikt til å legge til rette for brukermedvirkning (Hansen, 2010) Jeg mener at man må ha kunnskap om pasienten, slik at man kan gi omsorg på personens premisser.

Dersom pasienten selv ikke kan komme med utfyllende informasjon om sin bakgrunn, kan samarbeid med pårørende eller hjelpeverge være nødvendig for å sikre brukermedvirkning (Rogstad og Smebye, 2009). Personer med demens, som har få eller ingen nære pårørende kan, etter min oppfatning bli skadelidende dersom ikke hjelpeapparatet har god kjennskap til

brukeren. Personer med demens vil kunne ha redusert beslutningsmulighet, og ikke fullt ut kunne bestemme innholdet i alle daglige gjøremål, på grunn av kognitiv svik (Hansen, 2010). I en undersøkelse som er blitt referert i boken «Faglig skjønn og brukervedvirkning», kommer det frem at Norge kommer dårlig ut i forhold til muligheten for brukervedvirkning og aktivitet (Hansen, 2010).

I kjølevannet av brukervedvirkning kommer det frem et annet aspekt som jeg vil belyse nærmere. Mild paternalisme og faglig skjønn er områder som jeg ofte har stått ovenfor, i møte med brukere som har demens. Den etiske begrunnelsen for å anvende paternalisme, er alltid at det tas hensyn til personens eget beste (Henriksen og Vetlesen, 2011). Mild paternalisme, er et begrep som blir anvendt av sykepleieteoretikeren Kari Martinsen. Hun hevder at sykepleieren innehar nødvendig kunnskap som pasienten ikke har. Sykepleierens faglige skjønn avgjør hvordan det er riktig å handle slik at pasienten skal få det best mulig (Jahren Kristoffersen, 1996). I mange tilfeller der hjemmesykepleien kommer med forslag eller tilbud om ulike aktiviteter, oppleves det at brukeren svarer nei. Ofte har jeg erfart at vedkommende ikke vet hva han eller hun svarer nei på, og resultatet kan være at vedkommende ikke får delta på ulike sosiale aktiviteter. En dag fikk jeg med meg brukeren til en aktivitet som var tilrettelagt for personer med demens. Han hadde sagt nei, og mange i personalgruppen trodde ikke at dette var et tilbud som han kunne nyte godt av. Han hadde jo alltid vært alene, og noen så på han som en enestøing. En dag ble han imidlertid med og han ble kjørt dit av undertegnede. Dette ble en svært hyggelig opplevelse for han, og det resulterte i at han benyttet seg av dette tilbudet 2 ganger i uken i 2 år, før han flyttet til sykehjemmet. Vedkommende blomstret opp, og dette ble et fast holdepunkt for han i en hverdag som ellers var preget av lite sosial deltagelse. Dersom ikke sykepleieren hadde gått inn og styrt denne situasjonen med «mild hånd», ville ikke pasienten kunne fått denne betydningsfulle opplevelsen i hverdagen.

For stor fokus på brukervedvirkning må ikke, bli en «sovepute» for personalet i hjemmetjenesten, med fare for ansvarsfraskrivelse. Forskere og forfattere hevder at brukervedvirkning innebærer både rettigheter og plikter, men at det i dagens samfunn har blitt lagt for stor vekt på rettighetene i Norge (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009).

4.4 Hjemmesykepleiens rolle i å bidra til sosial deltagelse

Motivasjon, samt å bidra til engasjement, medfører at brukeren må få være aktiv i omgivelsene, og samhandle med miljøet rundt seg. Det innebærer også at noen trenger hjelp til sosialt samspill (Rogstad og Smebye, 2009).

Jeg mener at i praksis, betyr dette at sykepleieren bør til enhver tid holde seg orientert om hva slags tilbud som finnes i nærmiljøet, og orientere brukeren om dette. Dette blir også understøttet av Birkeland og Natvik (2008).

Selv om den sosiale støtten som skjer mellom sykepleier og pasient i hjemmet er viktig, vil det også være vesentlig å ha sosial kontakt, fellesskap og aktiviteter utover dette. Hjemmesykepleien har dermed en viktig formidlerrolle i følge Birkeland og Natvik (2008). Jeg har erfart at brukere av hjemmetjenesten er prisgitt den informasjonen de får av pleiepersonalet i hjemmetjenesten. Ofte må personalet fylle ut søknader for brukeren. Støttekontakt er et eksempel på en kommunal lovpålagt tjeneste som er aktuelt for denne brukergruppen. En støttekontakt skal hjelpe vedkommende til fortsatt å kunne delta sosialt, og være i kontakt med samfunnet. En støttekontakt kan fungere som reisefølge på ulike kulturarrangementer eller andre aktiviteter. (Rokstad og Smebye, 2009). Jeg har positiv erfaring med et slikt tilbud, men utfordringen er at det har tatt lang tid fra søknaden er skrevet til tilbudet har blitt aktivert, på grunn av ressursmangel. Her har jeg erfart at personalet må være brukerens «advokat», og hjelpe til med å tale deres sak i søknadsprosessen. Ved bruk av arbeidslag i demens, blir det illustrert at personalet får en økt ansvarsfølelse og følelsesmessig engasjement for brukerens livskvalitet (Hauger, 2009). Etter min oppfatning vil en slik organisering kunne bidra til økt sosial deltagelse.

I en artikkel om hvordan personer med demens opplever sin hverdag, sier noen av informantene at ved å redusere og endre sosial aktivitet, vil man beskytte ens egenverd. Noen valgte å trekke seg tilbake sosialt, eller direkte å presentere seg selv som glemsk. Noen erfarte at åpenhet rundt sin situasjon gav anerkjennende støtte, og motiverte til videre å være åpen og være sosialt aktive. Dette krevde imidlertid at man hadde støtte av sin ektefelle, ifølge Braataas (2005). De som er hjemmeboende, enslige i tillegg til å ha en demensdiagnose, vil ikke kunne ha en støtte i form av ektefelle. Jeg mener at dette er ytterligere en indikator som belyser at hjemmetjenesten, som kanskje er den eneste kontakt i vedkommende sin hverdag, får en stor betydning i denne sammenheng. Hjemmesykepleien kan henvise til støttekontakt. De kan ha en funksjon som kan være støttende i ulike sosiale sammenheng.

Halvorsen (2005), hevder at dagsentertilbud for eldre mennesker ikke nødvendigvis bidrar til sosial støtte. Han mener at dagsentertilbudet kan være belastende fysisk og mentalt. Selv om tilbudet kan bidra til struktur og noe aktivitet, kan det øke ensomhetsfølelsen. Det kan være

vanskelig å ha personlig kontakt med andre som kanskje bare har en ting felles: skrøpelig og høy alder (Halvorsen, 2005). Jeg er delvis uenig i denne uttalelsen.

Dagtilbud som er tilrettelagt for personer med demens er ofte omtalt som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Få som bor hjemme med en demensdiagnose har et slikt tilbud. (Demensplan 2015). Jeg har erfart at hjemmeboende personer med demens, har vært brukere av dagtilbud som ikke har vært tilrettelagt for denne brukergruppen. Som tidligere nevnt i teoridelen, vil demensdiagnosen blant annet gi utslag i kognitiv svikt og reduserte sosiale evner. En bruker jeg kjenner, møtte opp med en svært upassende gevinst til lotteriet på dagsenteret. Opp fra vesken hadde hun tatt frem en salamipakke, til stor vantro for de andre tilstedeværende. Med et slikt utgangspunkt, ble ikke dette en arena for et vellykket sosialt samspill, men etter min oppfatning, en kilde til ytterligere distanse og isolasjon. En annen bruker av hjemmetjenesten, i et tidlig stadium av demens, formidlet at kommunens tilbud for denne målgruppen, ikke var etter hennes smak. Hun trivdes bedre med dagtilbudet der hun hadde mange gamle kjente, og dagsenteret bidro til å opprettholde noe av hennes gamle sosiale nettverk. Her kan hjemmetjenesten, være med på å gi informasjon om hva slags dagtilbud som kan være hensiktsmessig for de ulike brukerne.

Hjemmetjenesten kan inneha mange ulike arbeidsoppgaver. Tilsyn er et tiltak som hjemmesykepleien utfører enten for å observere at sykdommen ikke har forverret seg, eller at brukeren ikke har skadet seg, Birkeland og Natvik (2008). Tilsyn alene, er ikke tilstrekkelig for sosial støtte. Ofte er tiden knapp, og dersom det ser ut til at pasienten har det greit, kan det medføre at pleieren snur i døra, og går ut igjen. En av informantene i artikkelen sier at dette er irriterende. Han hadde lyst til at pleieren kunne sette seg ned å prate litt, Birkeland og Natvik (2008). Satt litt på spissen, kan misforholdet mellom behovet som brukeren har, og den tjenesten som faktisk ytes, bidra til at brukeren føler seg avvist og mer ensom. I hjemmetjenesten har jeg erfart at pasienten ikke vil være til bry, og sier; *«Du har det vel travelt. Jeg skal ikke oppholde deg»*. Jeg mener det er viktig at sykepleieren i hjemmetjenesten ikke støtter oppunder disse ytringene, men understreker både med uttalelser og kroppsspråk at man er til stede, og deltagende i nåsituasjonen.

I St. Meld.47(2008-2009), blir det lagt vekt på samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. De frivillige organisasjonene kan ha en viktig rolle i å kunne synliggjøre de «ikke sette» behovene. Slik som jeg tidligere har beskrevet, vektlegges ikke de sosiale behovene til personer med demens, ved vanlig organisering, uten arbeidslag. Sosiale

relasjoner kan bidra til at personer med demens bedre kan håndtere de negative aspektene det medfører å ha en demensdiagnose. Som tidligere beskrevet, kan oppmuntring eller praktisk hjelp av andre ha en positiv innvirkning på selvfølelsen.

I kommunen som jeg har erfaring fra, har Røde Kors besøkstjeneste bidratt positivt også i møte med enslige hjemmeboende personer med demens. Organisasjonen har kontaktet hjemmetjenesten for å synliggjøre sin tilstedeværelse. I etterkant har hjemmetjenesten kommet med navn på brukere som ønsker besøk.

4.5 Den salutogene tenkningen overført i hjemmesykepleien

I dette avsnittet vil jeg drøfte Antonovskys salutogene tenkemåte, samt gi et kort innblikk i begrepene meningsfullhet, håndterbarhet og begripelighet i forhold til rutiner og arbeidsmåter i hjemmesykepleien.

Etter å ha sett på tidligere rammeplan i grunnutdanningen i sykepleie, ser jeg at det er lagt stor vekt på omsorg, pleie og behandling av syke. Slik jeg ser det, er det ikke fokusert på et salutogent perspektiv med vektleggelse av det som gjør oss friske. Imidlertid ser man økt fokus på helsefremmede faktorer i dagen grunnutdanning i sykepleie, og med dette øyner jeg et håp i denne sammenheng. Man kan se på salutogesen i sammenheng med Kitwoods tenkemåte, som sier at selv om man er rammet av demens, har personligheten fremdeles friske sider (Kitwood, 2012). Overført i praksis, kan personer med demens fremdeles være sosialt deltagende, selv om man har fått demensdiagnose. Dette kan være inspirerende for personalet i hjemmetjenesten. Med fokus på dette, kan man lettere iverksette tiltak i møte med behovet for sosial deltagelse. Det er ikke følelsene til personer med demens det er noe i veien med.

Det hevdes at demensomsorgen, i stor grad er preget av fagfeltets fremstilling i form av funksjonssvikt og problemer som følger sykdommen, dette gjelder også i samfunnet forøvrig (Rokstad og Smebye, 2009). Jeg støtter meg til påstanden om at helsepersonell må komme bort fra ensidig vektlegging på svikt ved demens, og heller fokusere mer på hvordan den enkelte opplever det å ha demens. Det beskrives at personer med demens bør anerkjennes til å være kompetent på sin egen situasjon (Rokstad og Smebye, 2009). Som beskrevet, vil et salutogent perspektiv fokusere på pasientens ressurser.

Etter min oppfatning er det en rekke føringer i helsepersonellens hverdag som kan bidra til at man ikke vektlegger en slik måte å fokusere på. Et eksempel på dette er måten vi dokumenterer rapport i Gerica. Dette programmet benyttes på mitt arbeidssted i

hjemmesykepleien. Tiltaksplaner skrives, og disse skal dekke de ulike problemområdene hos brukeren. Her er ikke ressurser oppført som et middel for måloppnåelse. Kun problemområde eller situasjon, hva som skal iverksettes av tiltak og hva som er målet.

Antonovsky mener at istedenfor å fokusere på stressfaktorer, må man orientere seg mot hva som bidrar til at personen beveger seg i retning av helseenden. Videre sier han at stressfaktorer kan være helsebringende i enkelte sammenhenger (Antonovsky, 2012). Slik jeg ser det, vil det å ha en demensdiagnose, samt ikke ha nære pårørende, være en stressfaktor. Personer med få eller ingen nære pårørende, er som tidligere beskrevet, utsatt for isolasjon og ensomhet. Isolasjon kan igjen føre til søvnproblemer, nedsatt hukommelse og konsentrasjon (Nord, Eilertsen og Bjerkreim, 2009). Etter min oppfatning vil ikke en slik stressfaktor i denne sammenheng være helsebringende.

Vår livshistorie er vår samlede livserfaring. Kitwood hevder at personligheten vår er et resultat av personlig utvikling og våre ressurser. Demens fører til at ferdigheter går tapt, og videre kan det medføre at handlingsmønsteret vårt påvirkes, og ressurser går tapt (Rokstad og Smebye, 2009). Jeg mener at i tillegg til å ha et personale som kan handtere de ulike stressorer som personer med demens daglig står ovenfor, må man ha et system som er støttende. Det at man har et rapporteringssystem som «tvinger» en kun til å tenke patogenese, vil etter min oppfatning ikke komme brukeren av hjemmetjenesten til gode.

For at vi som pleiepersonell i hjemmesykepleien skal jobbe salutogent, må vi ha god kunnskap om pasienten og hans eller hans ressurser. Vi må hjelpe pasienten til å bruke sine ressurser i størst mulig grad, ved hjelp av kommunikasjon og mellommenneskelig kontakt (Rokstad og Smebye, 2009). Kitwood deler også tanken om at man skal sette den enkelte i stand til å utnytte og bruke sine ressurser maksimalt (Kitwood, 2012). Som tidligere beskrevet, er arbeidslagsmodellen i hjemmesykepleien en modell som vektlegger bruk av få personer å forholde seg til. Slik jeg ser det, vil man derfor lettere kunne vite pasientens ressurser og benytte seg av disse i de daglige aktivitetene. Selv har jeg erfart at et morgenstell kan være en arena for et fint sosialt samspill. Brukeren er svært glad i sang og musikk, og her pleier vi å synge hennes favorittsang «De nære ting». Det å huske gamle sangtekster er fremdeles hennes styrke. Dette er jeg bevisst på. Når jeg stopper opp i teksten, kan hun supplere. Dette er en ressurs som kan skrives i et bakgrunnsopplysningsskjema hjemme hos brukeren. Vikarer kan derfor også få tilgang til denne informasjonen. Kitwood hevder at behovet for *tilknytning* til andre mennesker er sterkt hos personer med demens,

sykdomsforløpet vil forsterke tilknytningsbehovet (Kitwood, 2012). Erfaringer tilsier at tilknytningen ofte er ovenfor personalet i hjemmesykepleien når brukeren ikke har pårørende. Nærhet til brukeren også kan reise en del etiske spørsmål dersom brukeren knytter seg for mye til personalet.

Videre drøftes de tre komponentene. Selv om Antonovsky fremstiller disse separat, opplever jeg at i praksis kan være vanskelig å sette klare grenser mellom de ulike komponentene.

Håndterbarhet: Demenssykdom setter ofte kognitive grenser for begripelighet, samt også for håndterbarheten, og personalet kan gjennom sitt arbeid, øke håndterbarheten for brukerne (Eriksson og Hager, 2012).

Som tidligere beskrevet, er brukere av hjemmesykepleien utsatt for mange ulike kontaktpunkt med helsepersonell. Dette kan i seg selv være en stressor for personer med demens.

Vedkommende får nye personer å forholde seg til, og det betyr brudd i rutiner. Følelsen av forutsigbarhet og rutiner kan være med på å øke håndterbarheten (Eriksson og Hager, 2012). Dette er faktorer som understøtter bruk av arbeidslag i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien kan være en viktig del av nettverket, og en viktig ressurs, i følge Natvik og Birkeland,(2008).

En demensdiagnose resulterer i at man blir isolert. Vanskelige sosiale settinger kan også medføre at brukeren får nedsatt håndterbarhet. Å delta på sosiale aktiviteter som å gå tur, hjelpe til på kjøkkenet eller prate om ting som tidligere har hendt, kan bidra til opplevelse av sammenheng og øke håndterbarheten (Eriksson og Hager, 2012). Dette blir derfor et viktig aspekt i møte med brukeren i hjemmetjenesten.

Meningsfullhet: Antonovsky mener at dette er den viktigste faktoren, (Antonovsky, 2012). Å være aktivisert på en måte som oppleves som meningsfullt, og der en får brukt sine evner og krefter er viktig. En motpol til dette er apati, kjedsomhet og opplevelsen av å være nytteløs (Rokstad og Smebye 2009). Hva som oppleves meningsfullt er varierende fra person til person. Jo mer en har kjennskap til personen med demens, desto lettere er det å finne gode løsninger for å dekke behovet for beskjeftigelse (Rokstad og Smebye, 2009). Slik jeg ser det, har Kitwoods behov for *beskjeftigelse*, mange likhetstrekk med Antonovskys *meningsfullhet*. Selv har jeg erfart at i møte med personer med demens, har enkelte kommet med kraftige utsagn som indikerer at det å ha meningsfulle aktiviteter, er av stor betydning. Under sommerferieavviklingen, da personens aktivitetstilbud, var stengt, sa en bruker til meg ; «*Dætta er dræpen!*» Han refererte til at han ikke hadde noe å ta seg til, og bare ble værende

hjemme. Etter min oppfatning bør hjemmetjenesten kunne iverksette tiltak slik at ferier og høytider ikke oppleves som lite meningsfullt. Meningsfullhet er nært koblet til delaktighet, samt å gjøre noe sammen med andre, og at man kjenner seg som en del av en sosial sammenheng. Her kan sykepleieren stimulere og støtte brukerne til å gjøre noe sammen med andre (Eriksson og Hager, 2012). Som tidligere beskrevet blir ofte sosiale situasjoner koblet til hva personalet og brukeren kan gjøre sammen. Eksempler på dette kan være å gå i huset, se på bilder, snakke om det som interesserer vedkommende (Eriksson Og Hager, 2012). I boken «Over Terskelen» ble det beskrevet iverksetting av kommunikasjonsbok som et middel for å forbedre samarbeidet med pårørende (Hauger, 2009). Jeg mener at dette også kan være et godt virkemiddel i forhold til å samarbeide med de frivillige aktørene som bistår brukeren.

Ved hjelp av en kommunikasjonsbok, kan man skrive ned opplevelser, og pleieren i hjemmetjenesten kan lese sammen med brukeren. Denne aktiviteten i seg kan bidra til sosialt samspill.

Ser man på begrepet meningsfullhet i møte med personalet i hjemmesykepleien viser erfaringer fra prosjektet «Over Terskelen», at også personalet som jobbet i arbeidslag opplevde at de fikk en mer meningsfull arbeidshverdag igjennom å jobbe i arbeidslag (Hauger, 2009).

Begripelighet: En demenssykdom blir ofte karakterisert med kognitive begrensninger som medfører at man får problemer med å håndtere informasjon og mange ulike inntrykk. Dette er med på å redusere personens evne til begripelighet (Eriksson og Hager, 2012). Selv har jeg erfart da jeg spurte en bruker om han ville ha besøksvenn fra Røde Kors. Han sa han ikke var kristen, og takket nei. Her blir begripelighetsbegrepet utfordret. Utfordringen blir derfor å møte personen akkurat der vedkommende er for øyeblikket (Eriksson og Hager, 2012). Da jeg ved et senere tidspunkt vinklet spørsmålet annerledes, ble det mer begripelig for personen, og vedkommende ville benytte seg av tilbudet. Antonovsky vektlegger det kognitive aspektet i forhold til denne komponenten, altså en evne til å bedømme virkeligheten (Antonovsky, 2012).

5.0 Konklusjon

Underveis i prosessen med oppgaven har jeg blitt mer bevisst på hvor viktig det er at hjemmetjenesten setter i gang tiltak på det sosiale plan i møte med denne brukergruppen. Det har ført til jeg har bidratt til endel nye tiltak hos flere av mine brukere. Min fokus omkring dette temaet, har også medført at vi har satt behovet for sosial deltagelse mer på dagsorden i personalgruppa. Flere av våre enslige brukere med demens, har fått besøksvenn fra besøkstjenesten. Noen har reist sammen med brukeren på arrangementer som Demensforeningen har stått for, og noen oppsøker brukerne hjemme. Samtlige av brukerne har meddelt at dette tiltaket var «ordentlig trivelig».

Oppgaven belyser at sosial deltagelse ikke trenger å være store sammensatte tiltak, men også små øyeblikk som oppstår i samhandlingen med personalet i hjemmetjenesten.

Det kan være til dels svært vanskelig å skulle bidra til å dekke sosiale behov hos enslige hjemmeboende personer med demens. Med Antonovskys tenkemåte som inspirasjon, kan dette bidra til at man ser mulighetene og ikke begrensningene.

Her vil jeg konkludere med at arbeidslagstekningen vil være en av nøklene til å kunne bidra til å ivareta behovet for sosial deltagelse. På bakgrunn av det som er blitt presenter i oppgaven, er det en forutsetning at personalet har god kjennskap til brukeren for å bistå med sosial deltagelse. Igjen understøtter dette viktigheten av organisering av arbeidslag i hjemmetjenesten.

Økt kompetanse om demens i hjemmetjenesten, er en nødvendighet for å kunne bidra til sosial deltagelse, men interessen må også være til stede. Min oppfatning er at interesse for demensomsorgen og personlig egnethet er et godt grunnlag for å tilegne seg mer kunnskap. Målgruppen er sårbar, og prisgitt den hjelpen de kan få av det kommunale støtteapparatet. Dette medfører at brukeren må bli sett. Gjennom kontinuitet og nærhet til brukeren, vil man kunne bidra til sosial deltagelse, både indirekte og direkte i samhandling med brukeren.

Ser man på morgendagen omsorgstjenester, nevnes det at blant annet at det er mangel på dekning av de psykososiale behov, og at det bør vektlegges at mennesker blir en ressurs for hverandre. Meld. St.29 (2012-2013). Dette er faktorer som hjemmesykepleien bør vektlegge videre i fremtiden i møte med brukerens behov for sosial deltagelse.

Litteraturliste

Antonovsky A.(2012). *Helsens Mysterium. Den salutogene Modellen*.(1.Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Birkeland, A og Natvig, G. K.(2007). *Gamle, hjelpetrequende og alene*. Vard i Norden,1/2008. No.87 Vol.28.

Birkeland, A. og Natvig, G. K. (2008). *Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov*. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 10 (2), s. 3–14. URL: http://brage.bibsys.no/hsh/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_7394/1/BirkelandNatvig.pdf. Hentet fra BIBSYS.

Bjrgan, H.G. og Brataas, H.V. (2005). ”*Det er husken som er verst!*” Mestring og livskvalitet ved Alzheimers sykdom i fase en. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning; 7, 1: 14-26.

Bondevik, M. Nygaard, H. A.(Red). (2009): *Tverrfaglig geriatri* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Demensplan 2015. *Den gode dagen. Delplan til omsorgsplan 2015. Helse-og omsorgsdepartementet, 2007.*

Engedal, K. P &.K, Haugen (2009): *Lærebok demens, fakta og utfordringer* (2.Utg.).Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.

Engedal, K., Lillesveen, B., Lystrup L.S., Nygård, A. (2006). *Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens*. Tidsskrift for den norske legeforening Nr.15 [Internett]. Tilgjengelig fra:[URL:<http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1405024](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1405024)

Eriksson ,B.E. & Hager, B. (2012). *Salutogen omsorg ock vård i praktiken-Omsorg och vård for ett helt liv*

Fyrand,L. (2005): *Sosialt nettverk, teori og praksis* (2.Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Fjørtoft, A-K. (2012): *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2.Utg). Bergen: Fagbokforlaget

Hagqvist, A & Widinghoff, B. (2000): *Miljøterapi-i går, i dag och i morgen*. Lund: Studentlitteratur

Halvorsen, K (2005): *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid* (1.Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hansen, H. (Red)(2010): *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget

Henriksen, J-O. & Vetlesen, A-J. (2011): *Nærhet og distanse* (3.Utg). Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hummelvold, J.K.(2012): *Helt- ikke stykkevis og delt; psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.Utg.).Oslo: Gyldendal akademisk.

Kitwood, T. (2012): *En revurdering af demens* (1.Utg.). København: Munksgaard

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) Lovdata.

<http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

Malterud, K (2011): *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning* (3.Utg).Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Nord, R. Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (Red). (2009): *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk

Nordmann, T,M (2010): *Svekket helse-mindre sosial kontakt*. Samfunnsspeilet Utg.5-6. Statistisk sentralbyrå.

<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/svekket-helse-mindre-sosial-kontakt>

Nygård, L.(2010): *Att leva med och bemöta en demenssjukdoms konsekvenser i vardagen – erfarenheter hos personer med demenssjukdom i mild/moderat fas*. *Arbeidsterapeuten* nr. 5 2010.

Rokstad, A.M.M. og Smedby, K.L. (2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo, Akribe AS.

Stamsø, M.A. (Red). (2005): *Velferdsstaten i endring. Norsk helse og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (1.Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Stortingsmelding.nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/2.html?id=200881>

St.meld.nr 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorgstjenester*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/3.html?id=723267>

St.meld.nr.47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.