

Hjemmets plass i demensutredningen

En undersøkelse om demensutredning i
kommunehelsetjenesten med fokus på kartlegging av
egenskaper ved hjemmet.

Kirsten Langåsдалen



Mastergradsoppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

11.6.2009

Fuglen
Tarjei Vesaas

Fuglen stod ferdig
ved vegen og venta.

Fuglen var eit under.
Hans svære venge-fang
var gøymsle.
Takten i hans hjartslag
var min.

Saman sigla vi
inn i ukjent
Utan spørsmål.
Utan sorg.



HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Navn: Kirsten Langåsdaalen	Dato: 11.6.2009
<u>Tittel og undertittel:</u> ”Hjemmets plass i demensutredning” En undersøkelse om demensutredning i kommunehelsetjenesten med fokus på kartlegging av egenskaper ved hjemmet.	
<u>Sammendrag:</u> Bakgrunn: Det har lenge vært en sentral helsepolitisk målsetting i Norge at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester. Ca 33 000 personer med demens bor i eget hjem (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). I 2007 hadde 108 av 431 av landets kommuner demensteam og/eller demenskoordinator (Westerberg (red.), 2009). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) har utviklet et utredningsverktøy til bruk i kommunehelsetjenesten, hvor det ikke fokuseres på hjemmets plass i demensutredningen. Hensikt: Å undersøke hva demensteam/demenskoordinator i kommunehelsetjenesten kartlegger spesielt med fokus på egenskaper ved hjemmet. Undersøkelsen kan bidra til økt kunnskap og forståelse for personer med demens sine behov og om nytten av grundig demensutredning. Teoretisk forankring: Litteraturen gir ingen entydig definisjon av verken bolig eller hjem. I denne undersøkelsen handler en bolig om den fysiske utformingen og lokaliseringen, men boligen er samtidig et hjem; ”et sted for rekreasjon, for minner, og et senter for aktivitet og sosial samhandling” (Dyb, Solheim og Ytrehus, 2004). Metode: Undersøkelsen bygger på spørreskjema til 121 kommuner/bydelere som har organisert demensutredning i form av demensteam/demenskoordinator. Svarprosenten er 72 prosent. Resultater: 2/3 av kommunene/bydelene har organisert demensutredningen i form av demensteam. Demensteamene er oftest organisatorisk forankret både i hjemmetjenesten og sykehjem. Sykepleiergruppen er sterkest representert både som medlemmer og som ledere av demensteamene. 97 prosent av de spurte benytter det eksisterende utredningsverktøyet som er utarbeidet av NKAH. Hjemmets betydning anser de som av stor betydning for personer med demens (95 prosent). 82 prosent kartlegger det fysiske ved boligen, 11 prosent kartlegger kontakt med venner, naboer og kollegaer og 13 prosent kartlegger eventuell kontakt med frivillige organisasjoner. 37 prosent kartlegger tanker om fremtiden og 34 prosent kartlegger fremtidige boligønsker. Betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen (vaner, rutiner og gjøremål) og gjenstander av spesiell betydning blir kartlagt av henholdsvis 47 prosent og 39 prosent. Konklusjon: Mange er oppmerksomme på hjemmets betydning for personer med demens. Færre stiller konkrete spørsmål omkring ulike egenskaper ved hjemmet. Denne kartleggingsundersøkelsen gir derfor grunnlag for å anbefale at eksisterende utredningsverktøy utvides til også å omhandle ulike egenskaper ved hjemmet. Nøkkelord: Demensutredning, demensteam, demenskoordinator, kommunehelsetjenesten, hjem, bolig, betydning, egenskaper. Antall ord i masteroppgaven: 18 333 (75 sider).	



BUSKERUD UNIVERSITY COLLEGE

Department of Health Sciences

Name: Kirsten Langåsdaalen	Date: 11.6.2009
Title and subtitle: "The meaning of home for people suffering from dementia" A study about dementia evaluation in the primary health care with focus on mapping qualities of the private home.	
Abstract: Background: For many years there have been a central health political goal in Norway that everyone should get the opportunity to stay in their own home as long as possible and receive individual arranged services. Today about 33 000 people with dementia live in their private homes (The directorate of health, 2007). In 2007 108 of the 431 municipalities in Norway had dementia team and/or dementia coordinator (Westerberg (red.), 2009). Norwegian Centre for Research, Education and Service Development - Ageing and Health has developed a diagnostic tool for the primary health care. In this diagnostic tool there is no focus on the quality of the home in the dementia evaluation. Aim: To identify what dementia team / dementia coordinators in the primary health care maps with a special focus on the qualities of the private home. This study can contribute to increase knowledge and understanding about people with dementia still living in their own homes, their needs and the usefulness of close dementia evaluation. Theoretical foundation: The literature gives no clear definition of either home or residence. In this study the residence refers to the physical design and localization. The home refers to a private place; a place for recreation, memories and a center for activities and social interaction (Dyb, Solheim & Ytrehus, 2004). Method: A questionnaire was sent to 121 municipals and districts. The response rate was 72 percent. Results: 2/3 of the municipals and districts have organized the dementia evaluation as dementia team. These teams were most often anchored both in the home care services and in the nursing home. In the dementia team there were most nurses and the nurses were also most often represented as leaders of the dementia teams. 97 percent used the evaluation tool prepared by Norwegian Centre for Research, Education and Service Development - Ageing and Health. The respondents consider that the private home is a important issue for people with dementia (95 percent). 82 percent maps the physical design of the residence, 11 percent maps contact with friends, neighbours and colleagues and 13 percent maps contact with volunteer center etc. 37 percent maps thoughts about the future and 34 percent maps future residence requests. Significant characteristics about the home (habits, routines and tasks) and objects of special meaning are mapped of respectively 47 percent and 39 percent. Conclusion: Almost all the dementia teams / dementia coordinators are aware of how important the private home is for people with dementia. Fewer asks definite questions about different qualities of the home. This study recommends that the evaluation tool prepared by Norwegian Centre for Research, Education and Service Development - Ageing and Health, expands to also deal with qualities of the home for people with dementia.	

Key words: Dementia evaluation, dementia team, dementia coordinators, primary health care, home, residence, meaning, qualities

Forord

Dette er en masteroppgave i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud. Masteroppgaven bygger på en undersøkelse om hjemmets plass i demensutredningen.

Jeg begynte på studiet, som fulltidsstudent, høsten 2007 og valgte å fordype meg innen aldring og eldreomsorg. Arbeidet med masteroppgaven begynte for alvor sommeren 2008. Jeg har mottatt stipender fra forskningsprogrammet "Vanskeligstilte på boligmarkedet" (Ytrehus, NOVA og Husbanken), Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Jeg vil i dette forordet takke de som har bidratt til at denne masteroppgaven har blitt virkelighet.

Først vil jeg få takke alle demensteam og demenskoordinatorer i kommunehelsetjenesten som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Til tross for stort arbeidspress stilte de seg positive til undersøkelsen og satt av tid til å svare på spørreskjemaet. Takk.

Uten mastergradseminarene (høsten 2008-våren 2009) hadde arbeidet med masteroppgaven blitt vanskelig. Ved deltakelse på disse seminarerne fikk jeg mye konstruktiv kritikk og uvurderlig hjelp, en spesiell takk til deltakerne i "min" masterseminargruppe og Ellen Grov og Stina Öresland. Jeg vil også få fremheve og takke noen medstudenter som har betydd mye for arbeidet. Uten våre sosiale sammenkomster, diskusjoner og utveksling av erfaringer ville arbeidet med masteroppgaven vært tungt. En stor takk til Linn Hege Bøe, Aslak Aftenstjerne og Bente Forsberg.

Veileder for denne mastergradsoppgaven har vært professor Siri Ytrehus. Hun har vært lett tilgjengelig både på telefon, mail og "i virkeligheten", i tillegg har hun vist tålmodighet og støttet meg i motbakkene. Takk for at du har vært hjelpsom og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger.

En stor takk rettes også til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. De har alltid vært svært imøtekommene og hjelpsomme. Jeg vil spesielt få takke Arnfinn Eek for å ha tatt i mot meg, hjulpet meg og satt meg i kontakt med svært kompetente mennesker. Spesielt vil jeg trekke frem Vigdis Knutsen og Eva Arnfinnsen på biblioteket, Synne Broen som hjalp meg med utsendelse av spørreundersøkelsen, Linda GjØra for å ha gitt meg oversikt over utvalget og sist men ikke minst Per Kristian Haugen og Øyvind Kirkevold som har hjulpet meg med informasjonsskriv, spørreskjema, programvaren SPSS med mer.

Til sist vil jeg få takke min forståelsesfulle samboer, Bjørn Hallvard, for hans engasjement og tro på undersøkelsen min. Resten av familien (spesielt tante Aslaug som har lest korrektur) og vennegjengen som har spurt hvordan det går og oppmuntret meg, har også betydd mye for resultatet.

TØnsberg, juni 2009.

Kirsten Langåsdaalen

INNHold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Forekomst av demens	1
1.2 Nasjonale føringer	2
1.3 Demensutredning i kommunehelsetjenesten.....	3
1.4 Bolig og hjem	3
1.5 Undersøkelsens hensikt og nytten for den praktiske virksomheten.....	4
1.6 Nærmere om kapitlene i masteroppgaven.....	5
2.0 PROBLEMSTILLING OG TEORI	6
2.1 Demensutredning og organisering i kommunehelsetjenesten; demensteam og/eller demenskoordinator	6
2.1.1 Tverrfaglig samarbeid	8
2.1.2 Utredningsverktøy	9
2.2 Bolig og hjem	10
2.2.1 Familieomsorg- den uformelle omsorgen.....	13
2.2.2 Nærmiljø og frivillig innsats	14
2.3 Oppsummering av problemstilling	15
2.3.1 Forskningsspørsmål.....	16
3.0 FORSKNINGSDSIGN OG METODE	18
3.1 Beskrivelse av populasjon og utvalg.....	18
3.2 Datainnsamling	19
3.2.1 Spørreskjema	19
3.2.2 Reliabilitet og validitet	19
3.3 Datainnsamling og svarprosent	20
3.3.1 Behandling av data	22
3.4 Statistisk bearbeiding.....	22
3.5 Forskningsetiske hensyn	23
3.6 Metodekritikk.....	23
4.0 ORGANISERING AV DEMENSUTREDNING	25
4.1 Oppsummering av resultatene.....	32
5.0 KARTLEGGING AV EGENSKAPER VED HJEMMET	34
5.1 Oppsummering av resultatene.....	47
6.0 HJEMMETS Plass I DEMENSUTREDNINGEN	49
7.0 AVSLUTNING	52

BIBLIOGRAFI.....	54
------------------	----

VEDLEGG 1 – Kvittering på melding om behandling av personopplysninger, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, (NSD)

VEDLEGG 2 – Informasjonsskriv

VEDLEGG 3 - Spørreskjema

VEDLEGG 4 – Utredningsverktøy til bruk for helse- og omsorgspersonell

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tittel	Tabell/figurnummer	Side
Viser svarprosent etter kommunestørrelse	3.1	21
Hvilken organisasjonsmodell kommunene/bydelene har valgt i demensutredningen	4.1 (figur)	26
Andel kommuner/bydeler med demensteam, demenskoordinator og begge deler, etter kommunestørrelse	4.2	27
Andel kommuner/bydeler etter hvor demensutredningen er forankret og kommunestørrelse	4.3	28
Andel kommuner/bydeler som har følgende faggrupper representert i demensteamene	4.4	29
Andel kommuner/bydeler etter hvilke faggrupper som leder demensteamet	4.5	31
Andel kommuner/bydeler som benytter utredningsverktøyet utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse	4.6	32
Demensteam/demenskoordinators vurdering av hjemmets betydning for hjemmeboende personer med demens	5.1	35
Kommuner/bydeler etter hvorvidt hjemmets betydning for personen med demens er et tema demensteamene/demenskoordinatorerne tar opp	5.2	36
Andel kommuner/bydeler etter antall hjemmebesøk i forbindelse med utredning og planlegging av tiltak	5.3	37
Kommunenes/bydelenes planlegging av videreførelse av betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen	5.4	38
Demensteamene/demenskoordinatorernes samtaler med barn eller søsken i de tilfellene disse ikke er de nærmeste pårørende	5.5	39
Oversikt over egenskaper ved hjemmet som kommunenes/bydelenes alltid kartlegger	5.6	40

Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har demensteam og/eller demenskoordinator	5.7	42
Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har ergoterapeut tilknyttet demensutredningen	5.8	44
Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har lege tilknyttet demensutredningen	5.9	46

1.0 INTRODUKSJON

Denne masteroppgaven handler hjemmets plass i demensutredning og bygger på spørreskjema til demensteam/demenskoordinatorer i kommunehelsetjenesten. Det har opp gjennom historien versert ulike begreper og definisjoner på demenssykdommen; aldersdemens, sløvsinn, senilitet og organisk betinget sinnslidelse er noen slike begrep. I denne undersøkelsen brukes betegnelsen demens. Dette er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av flere organiske sykdommer og kjennetegnes av en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med før, og endret sosial atferd (Engedal og Haugen, 2006).

International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) er det klassifikasjonssystemet for sykdommer vi bruker i Norge. For å tilfredsstille kriteriene for demens i følge ICD-10 må følgende være oppfylt;

- Svikt i hukommelse, spesielt for nyere data.
- Svikt i andre kognitive funksjoner; dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon.
- Sviktende emosjonell kontroll; emosjonell labilitet, irritabilitet, apati, unyansert sosial atferd.
- Varighet i minst 6 måneder.
- Forårsaket av hjerneorganiske forandringer.

Den kognitive svikten må altså være av en så alvorlig karakter at den påvirker evnen til å fungere i hverdagen (Engedal et al, 2006). Videre i denne introduksjonen redegjøres det for bakgrunnene og hensiktene med undersøkelsen. Det redegjøres for undersøkelsens problemstilling i kapittel 2.0.

1.1 Forekomst av demens

Det er ca. 66 000 personer demens i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og Sosial- og Helsedirektoratets rapport; *Glemsk, men ikke glemt!* (2007) påpeker at om lag 30 000 av disse *bor i eget hjem*. Insidensen er ca 10 000 hvert år (Ibid, 2007). Forekomsten av demens i alderen 65-69 år er 0,9 prosent, stigende til 17,6 prosent i gruppen 80-84 år og

fra 90 år og oppover har 40,7 prosent demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Tallene baserer seg på de som har en diagnose, en kan regne med at det er store "mørketall". Dersom denne forekomsten holder seg på dagens nivå vil en se en fordobling av antall personer med demens innen 2040 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Personer med demens er derfor et område vi har behov for mer kunnskap om.

1.2 Nasjonale føringer

Demenssykdommene er den største sykdomsgruppen i omsorgstjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Samfunnsutgiftene i forbindelse med demenssykdommene er store og utfordrende og en regner med at de årlige kostnadene i Norge i år 2020 vil være rundt 18 milliarder kroner (Ibid, 2007).

Vi har tidligere sett at halvparten av personene med demens bor i eget hjem. Det betyr at dette er noe vi må ta hensyn til i tilretteleggingen av demensomsorgen. Demens er et fagområde vi har behov for mer kunnskap om, som også de politiske føringene viser. Fremtidens viktigste omsorgsutfordringer skisseres i St.meld. nr. 25 "*Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer*" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006); samfunnet får nye grupper med hjelpebehov og et økende antall eldre. Kommunehelsetjenesten på sin side står overfor utfordringer i forhold til det økende antallet eldre (den såkalte "eldrebølgen") og at mange utvikler den hjerneorganiske sykdommen demens med alderen. På flere områder er det for lite kunnskap om for eksempel organisering og tilrettelegging av tjenester til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Demensplan 2015 "Den gode dagen" er en delplan under St.meld. 25 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) og er den første (!) helhetlige planen for norsk demensomsorg. Målet for Demensplan 2015 er at personer med demens skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen til tross for den alvorlige sykdommen som de er rammet av. Regjeringen fremhever, i St.meld. nr. 25 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) at god demensomsorg som regel betyr gode omsorgstjenester for *alle* brukere. Det skal derfor ikke utvikles en særomsorg for personer med demens, men noe som inngår i det helhetlige omsorgstilbudet i kommunene (Ibid). Et annet mål for norsk demensomsorg er at; "når demensplanen er gjennomført i 2015 skal den enkelte bruker være sikret utredning og

diagnostisering ved mistanke om demens.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. s.19). Dette bringer oss videre til organisering av demensutredning i kommunehelsetjenesten.

1.3 Demensutredning i kommunehelsetjenesten

Demenssykdommen fordrer andre faggrupper enn bare pleiepersonell. I St. meld. nr. 28 (1999-2000, s. 70) står det at et tiltak i forhold til dette kan være å opprette demensteam ”der forskjellige fagpersonar og ei fast gruppe av pleiepersonell inngår”.

I samarbeid med og på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) utarbeidet et utredningsverktøy til bruk i kommunehelsetjenesten (vedlegg 4). En hensikt med utredningsverktøyet er å bidra til en kvalitetssikring av demensutredningsarbeidet og det anbefales i dag at kartlegginger i forbindelse med demensutredning i hovedsak foregår i personen med demens sitt eget hjem (Engedal, 2005). Det blir redegjort mer for utredningsverktøyet i kapittel 2.0. Det neste underkapittelet handler om hva vi i denne undersøkelsen legger i begrepene bolig og hjem.

1.4 Bolig og hjem

Boligen er som en ramme for våre liv, vi skaper husene og husene skaper menneskene og deres livsbetingelser (Gullestad, 1989). Bolig er et begrep som ofte blir brukt om de fysiske forholdene, men den har flere aspekter og betydninger utover det rent praktiske (Ibid). Hjem er et begrep som ofte handler om disse aspektene og betydningene ved boligen. En kan si at hjemmet ikke bare er et ”sted vi bor, men et fortettet symbol for svært mye av det som er viktig for oss” (Gullestad, 1989, s. 51).

Denne undersøkelsen handler om hjemmets plass i demensutredningen og det er derfor viktig å se på hvilke aspekter som er sentrale i forhold til personer med demens. Personer med demens opplever svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds- og tidsorientering og får problemer med forståelse for rom og retning. En tenker derfor at oversiktlige og kjente miljøer er gunstige for denne pasientgruppen. Personer med demens har behov for trygghet, forutsigbarhet og struktur i hverdagen og et hjemlig miljø som er grunnlaget for gjenkjenning og oversikt.

En sentral helsepolitisk målsetting i Norge har lenge vært at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester; "bosituasjonen er av fundamental betydning for en trygg personlig alderdom og en god eldreomsorg" (NOU 1992:1, s. 227). For personer med demens betyr det flere daghjemsplasser, avlastningsplasser, bedre oppfølging av de ansatte og mer hjelp i hjemmet (Nygård, I: Amdal, 1992).

Å ha muligheten til å velge om man vil bo i eget hjem eller i et tilpasset botilbud er av stor betydning for livskvaliteten slår St.meld.nr.35 (1994-95) fast. En argumenterer for at det å bo i eget hjem er det mest hensiktsmessige for personen med demens og at det er det billigste alternativet for samfunnet (Engedal et al, 2006). Imidlertid finnes det lite kunnskap om bistandsbehovet for personer med demens som bor i eget hjem (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

Videre redegjøres det for undersøkelsens hensikter og hvilken nytte den kan ha for den praktiske virksomheten.

1.5 Undersøkelsens hensikt og nytten for den praktiske virksomheten

Hovedhensiktene med denne undersøkelsen er å undersøke hvilken plass hjemmet har i demensutredningen, og hva demensteam/demenskoordinatorer i kommunehelsetjenesten kartlegger i forhold til egenskaper ved hjemmet. Økt kunnskap på dette området kan føre til at helsepersonell øker sin bevissthet rundt hjemmets betydning for personer med demens. Videre kan resultatene bidra til økt kunnskap og forståelse for personer med demens sine behov og om nytten av grundig demensutredning som også omfatter ulike hjem- og boligaspekt. En kan også tenke seg at resultatene kan danne et grunnlag for et tillegg om hjemmet og boligen til det eksisterende utredningsverktøyet (vedlegg 4).

1.6 Nærmere om kapitlene i masteroppgaven

I det neste kapitlet (2.0) redegjøres det for problemstillingen samt relevant forskning og litteratur knyttet til denne. Forskningsmetode og design blir det redegjort for i kapittel 3.0. I kapittel 4.0 og 5.0 presenteres resultatene. Disse blir fortløpende reflektert over/diskutert i lys av tidligere litteratur og forskning. På bakgrunn av at denne undersøkelsen handler om hvilken plass hjemmet har i demensutredningen blir dette løftet ytterligere frem og diskutert i kapittel 6.0. Til slutt (kapittel 7.0) en avslutning med konsekvenser for praksis og tanker om videre forskning. Først en gjennomgang av undersøkelsens problemstilling.

2.0 PROBLEMSTILLING OG TEORI

I dette kapittelet presenteres problemstillingen samt aktuell forskning og litteratur angående demensutredning og om begrepene bolig og hjem. Disse områdene ble valgt på bakgrunn av litteratursøk, det eksisterende utredningsverktøyet og danner hovedområdene i spørreskjemaet (vedlegg 3). Det finnes mye nasjonal og internasjonal forskning om demensomsorg, men i enkelte tilfeller kan det ikke overføres til Norge. Dette blant annet på grunn av forskjeller i kultur, ulik organisering av helsevesenet og at det brukes ulike begreper om tjenestene fra land til land.

Denne undersøkelsens hovedproblemstilling er;

”Hvilke egenskaper ved hjemmet kartlegger demensteam/demenskoordinatorer når de utreder hjelpebehov og planlegger tiltak for hjemmeboende personer med demens?”

Problemstillingen i denne undersøkelsen handler om hvilken plass hjemmet har i demensutredningen. Denne undersøkelsen kartlegger altså et område som per i dag ikke er en del av det eksisterende utredningsverktøyet og som det ikke finnes noen retningslinjer på. Videre i dette kapittelet redegjøres det for demensutredning og hvordan utredningsarbeidet kan organiseres i kommunehelsetjenesten. Deretter redegjøres det for teorier i forhold til hjem- og boligbegrepene.

2.1 Demensutredning og organisering i kommunehelsetjenesten; demensteam og/eller demenskoordinator

Denne undersøkelsen kartlegger hvordan bolig- og hjemaspekt er ivaretatt i demensutredningen, og jeg har også sett på hvordan kartleggingsarbeidet er organisert. I undersøkelsen ble det blant annet spurt om hvilken organiseringsform kommunen/bydelen har valgt og hvilke faggrupper som er representert.

Kommunene er i stor grad frie til og selv å velge hvordan de vil organisere og drive sine tjenester (Hatland, Kuhnle og Romøren, 2002; Ytrehus og Nuland, 2007). Derfor kan en forvente at det er store variasjoner i hvordan de har valgt å organisere tjenestene i de ulike kommunene. Samtidig vet vi at det har kommet statlige føringer som kommunene må ta hensyn til. Noen av disse føringene omhandler utredninger (Helse- og

omsorgsdepartementet, 1982; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Bakgrunnene for at det i dag anbefales å gjennomføre demensutredning er at personer med demens har sammensatte behov og at tjenestene bør tilpasses individuelt til hver enkelt. Det anbefales derfor å gjennomføre utredninger av personer med demens på et så tidlig tidspunkt som mulig for blant annet å kunne tilby rett behandling og oppfølging. Det er også et mål at alle skal sikres utredning innen 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør utrede personer med mistanke om demens. Primært bør kommunehelsetjenesten utrede alle pasienter med moderat og alvorlig grad (klare symptomer) av demens, og utredningen bør foregå i samarbeid mellom pasientens fastlege og kommunehelsetjenesten (Engedal, 2004). Dette samarbeidet, mellom fastlegene og demensteamene/demenskoordinatorerene, har ikke blitt studert i denne undersøkelsen. Blant annet avhengig av legens og kommunehelsetjenestens kompetanse på området, avgjøres det om pasienten i tillegg skal utredes i spesialisthelsetjenesten (Engedal, 2005).

Et virkemiddel og tiltak med tanke på å kvalitetssikre demensutredningen i kommunehelsetjenesten er å opprette demensteam og/eller demenskoordinatorer som bistår fastlegen i utredningen. I dag anbefales det at demensteamet/demenskoordinatorer bør bestå av faggrupper (for eksempel lege, sykepleier og ergoterapeut) som har særskilt kompetanse innen demensomsorg. Demensteam som organisasjonsform legger til rette for at det er et fast personell som får ansvaret for å drive demensutredning og at det blir kontinuitet i arbeidet. Fastlegen har ansvaret for den medisinske utredningen, mens sykepleier eller ergoterapeut (eventuelt andre) kartlegger personen med demens i sitt eget hjem. Tanken er at disse samarbeider med personen med demens og pårørende om hjelpebehovet og planlegging av tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

I følge retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet (2007) skal demensteamet/demenskoordinatorer:

- Bistå fastlegene med utredningsarbeidet som grunnlag for diagnostisering.
- Utarbeide oppfølgingsoppgaver særlig for hjemmeboende personer med demens.
- Bistå i vedtaksprosessen ved vurdering av behov og tildeling av tjenester.
- Bidra med undervisning og veiledning av personell og pårørende (Ibid. s.30).

I 2007 gjennomførte NKAH en nasjonal kartlegging av eksisterende tilbud i kommunene på tre områder; diagnostikk og utredning av demens, dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens og pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens (Gausdal, GjØra, Haugen, Hotvedt, Mork Rokstad, Taranrød og Westerberg (red.), 2009). Oppdraget var en del av Demensplan 2015. 25 prosent av de 431 norske kommunene opplyste i 2007 at de har et organisert kommunalt tilbud om utredning og diagnostikk av demens. I 85 kommuner fantes det demensteam, 29 av disse hadde i tillegg demenskoordinator som drev utredning (Westerberg (red.), 2009). Kommuner som har erfaring med slik organisert demensutredning sier at antallet utredninger har økt og dette gjelder særlig for hjemmeboende personer med symptomer på demens. Demensteammodellen beskrives av ansatte som lærende, inkluderende og faglig inspirerende; "den gir god dialog og utvikling av kompetanse" (Ibid. s.30).

Det anbefales som vi har sett at demensteamet er tverrfaglig sammensatt. Denne organiseringsformen kan skape utfordringer av ulik art. En kan også tenke seg at noen kommuner har organisert demensutredning på andre måter, i form av demenskontakter, egne ressursentra for demens, interkommunale løsninger, forbyggende og oppsøkende team eller ambulante team (Westerberg (red.), 2009). I neste underkapittel skal vi se nærmere på tverrfaglig samarbeid.

2.1.1 Tverrfaglig samarbeid

En kan si at det finnes fire forskjellige grader av samarbeid. Den første er "unidisciplinary" som innebærer at den enkelte faggruppen er faglig autonom innenfor sitt fagområde og det er ikke noe fellesskap mellom de ulike fagpersonene. "Multidisciplinary" vil si at de ulike faggruppene har møtepunkter, men de påvirkes ikke av hverandres bidrag. Den tredje graden av samarbeid kalles "interdisciplinary" som er en mer forpliktende form hvor alle faggruppene bidrar aktivt. Over tid utvikler de en felles og ny kompetanse og dette samarbeidet er ofte organisert i team. Den siste graden av samarbeid er "transdisciplinary" som er en avansert form for tverrfaglig samarbeid. I dette samarbeidet har de en felles teamtilnærming til behandlingsoppgavene (Orvik, 2004).

På bakgrunn av dette kan vi si at demensteam er en form for "interdisciplinary" grad av tverrfaglig samarbeid. De ulike faggruppene i demensteamet utgjør "en helhet som er større enn bidragene fra hver enkelt fagperson" (Orvik, 2004, s. 251).

Videre skal vi se nærmere på det utredningsverktøyet som det er anbefalt at demensteam/demenskoordinatorer benytter.

2.1.2 Utredningsverktøy

Utredningsarbeid er en møysommelig prosess og som et bidrag til å kvalitetssikre arbeidet har, som tidligere nevnt, NKAH utarbeidet et utredningsverktøy til bruk i kommunehelsetjenesten (vedlegg 4). I denne undersøkelsen ble det stilt spørsmål om det eksisterende utredningsverktøyet fra NKAH blir benyttet. Dette ble utprøvd i 2001-2003 i 17 kommuner i tre fylker, og den endelige versjonen forelå i 2005. Da ble verktøyet sendt til alle landets kommuner, med anbefaling fra Sosial- og helsedirektoratet. I 2006 fikk fylkesmennene ansvaret med å påse at kommunene tok verktøyet i bruk (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I 2007 opplyste 102 av de 108 kommunene at de i større eller mindre grad brukte utredningsverktøyet (Westerberg (red.), 2009). I 2009 kom det en revidert versjon av utredningsverktøyet. Hovedendringene i den reviderte utgaven er at en på en bedre måte får samlet inn informasjon om personen med demens sitt funksjonsnivå og at det i noe større grad blir lagt vekt på hvordan den som utredes opplever sin situasjonen. Det er også lagt bedre til rette for samhandling mellom fastlegen og demensteamet.

Utredningsverktøyet er inndelt skjematisk i fire ulike områder, og for pleie- og omsorgspersonell (det er et eget utredningsverktøy for fastleger) består områdene av;

- Vurdering av pasientens evne til å utføre dagliglivets funksjoner.
- Vurdering av mental funksjon.
- Vurdering av pårørendes situasjon og omsorgsbelastning.
- Vurdering av sikkerhet i bolig.

De ulike testene i utredningsverktøyet er; *Mini Mental Status Test (MMS)*, som måler mental kapasitet på områder som hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon. *Klokketesten* måler evnen til orientering og handling i rom, oppmerksomhet og tallforståelse. *Informant Questionnaire for Cognitive Decline (IQCODE)-Spørreskjema til pårørende*, brukes for å vurdere om pasientens kognitive kapasitet har endret seg de siste ti år. *Behavioral and Mood Disturbance Scale (BMD)* består av to deler; en del måler kognitiv funksjon og en del måler adferd. I kartleggingsverktøyet er bare delen som måler kognitiv funksjon tatt med. *Rapid Disability Rating Scale II (RDRS-II)- Ferdigheter i dagliglivet*, kartlegger pasientens evner til å klare dagliglivets aktiviteter og spesielle problemer i sanseoppfatning, kommunikasjonsevne, depressive problemer og inkontinens. *Relative` Stress Scale (RSS)*, *Belastningsskala- pårørende*, vurderer omsorgsbelastningen pårørende eventuelt opplever. Den siste testen er *Observasjon av sikkerhet i hjemmet*, som brukes for å vurdere sikkerheten i hjemmet. Mange av testene er brukt over hele verden og de norske versjonene er validert for norske forhold (Engedal, Brækhus, Lillesveen og Breien,

2005). Det er viktig å poengtere at dette utredningsverktøyet blir ansett for å være et minimumskrav og at det ikke kan brukes av helsepersonell uten opplæring i testene. Det er nødvendig med kunnskap og kompetanse for blant annet å forstå hva testresultatet sier noe om.

Hovedfokus i denne undersøkelsen er, som nevnt, på aspekter som *ikke* kartlegges av dette utredningsverktøyet. I det følgende presenteres begrepene bolig og hjem, innledningsvis generelt om begrepene for deretter mer spesifikt i forhold til personer med demens.

2.2 Bolig og hjem

Hovedfokuset i denne kartleggingsundersøkelsen er på hjemmets plass i demensutredningen. I undersøkelsen ble det stilt både generelle spørsmål om hjemmets plass i demensutredningen og mer spesifikke spørsmål om ulike bolig- og hjemaspekt.

Litteraturen gir ingen entydig definisjon av verken bolig eller hjem. I denne undersøkelsen handler en bolig om den fysiske utformingen og lokaliseringen. Boligen er samtidig et hjem, "et sted for rekreasjon, for minner, og et senter for aktivitet og sosial samhandling" (Dyb, Solheim og Ytrehus, 2004). Et hjem er et sted man bor, men rommer også subjektive aspekter som å føle seg trygg, identitet og sosial tilhørighet. I følge Brodtkorb og Rugkåsa (red., 2007), kan man selv, om man har en bolig, fortsatt oppleve seg som hjemløs. Nystrøm (2007) hevder at arkitektur er mye mer enn bygning i seg selv, for det handler også om "forholdet mellom mennesket og det menneskeskapte miljøet, som bygninger, rom og plasser" (Ibid).

Boligmiljøet har innflytelse på vår livskvalitet og helse. Dersom målet er et bomiljø som understøtter uavhengighet, verdighet og muligheten for å ta egne valg, må vi erkjenne at måten vi designer og bygger på har en viktig innvirkning på helse og velvære (Brawley, 1997). Det er likevel slik at det samme miljøet gir ulik mening til forskjellige personer. Det kommer an på personens bakgrunn, kultur, erfaring, alder og hvor man befinner seg i livet. Et helsefremmende miljø gir mange muligheter til å delta i aktiviteter som påvirker livene deres. Viktigheten av å leve i en harmoni, og med en personlig og historisk fortid kan ikke bli sagt ofte nok, mener Brawley (1997). Første steg i å lage effektive omsorgsinstitusjoner er altså å *bli kjent med de som bor der* (min utheving).

I teorien beskrives og defineres hjemmet ulikt og ulike aspekter vektlegges. Teoriene legger vekt på at hjemmet kan symbolisere sentrale verdier og kulturell tilhørighet (Gullestad, 1989; Thorsen, 2008);

Hjemmet er et livsprosjekt som ordner tiden og livet. Det uttrykker også hva slags livsstil eller sosial gruppe en tilhører, dvs. hvem en gjerne vil bli sammenlignet med. Et eget hjem (helst et eget hus) er et av de fremste tegn på selvstendighet (Gullestad, 1989, s.57 og s.58).

Andre aspekt som kommer frem i teorien er at hjemmet er en privat arena (Hauge, 2004; Öresland, 2008), hvor vi kan slappe av og "miste maska". Vi ser at hjemmet er forbundet med noe privat, men hjemmet kan i enkelte tilfeller også befinne seg i et spenningsfelt mellom det private og det offentlige; "ein heim kan med andre ord endre karakter frå og vere heilt privat til å bli meir offentleg" (Hauge, 2004. s. 37). Dette skjer når hjelpebehovet øker og hjemmets private sfære trues (Thorsen, 2008). Hjemmet kan kanskje tape sine positive kjennetegn etter hvert som hjemmet blir mindre privat på grunn av behovet for mer offentlig hjelp? Hvilken betydning hjemmet har kan variere fra person til person og i neste avsnitt skal vi se nærmere på hjemmets betydning.

Hjemmet er en helhetlig opplevelse som representerer medlemmene av husholdningen, den fysiske utformingen og biografiske, personlige, sosiale og kulturelle perspektiver. "Betydningen av hjemmet henger sammen med erfaringer, sosiale tilknytninger og kulturelt bestemte verdier og normer for hva et hjem skal være" (Dyb et al, 2004, s. 15). Forestillinger om hjemmet inneholder som vi ser mange dimensjoner og er forskjellige fra en familie til en annen. For å fremme helse i hjemmet på en effektiv måte, *må hjelpearbeiderne ta i betraktning hvilken betydning hjemmet har for pasienten og de pårørende og hvordan dette påvirker helsen deres* (min utheving) (Roush Vaughn og Cox, 2000; Thorsen, 2008).

I denne undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om spesielle gjenstander i hjemmet blir kartlagt nettopp fordi som Thorsen (2008, s. 15) sier, så kan hjemmet være "et reservoar for minner, en fysisk minnebok". Noen av gjenstandene er kanskje av helt spesiell betydning som for eksempel et møbel, bilde av barndomshjemmet, diplomer/utmerkelser eller lignende og disse kan vekke mange minner. I tillegg til gjenstander har vi også våre spesielle vaner, rutiner og gjøremål i hjemmesituasjonen. Disse ble kalt betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen i denne undersøkelsen og dette utdypes mer i det følgende.

Hjemmet er et sted hvor vi har vaner og rutiner som er innarbeidet over tid. Som eksempel har vi spesielle rutiner rundt søvn, morgenstell og middag som gir trygghet og effektivitet.

Hjemmet er et sted vi opplever oss trygge og forteller den unike historien til de som bor der. Eldre med hjelpebehov har vaner som må respekteres av helsepersonell, vanene gir mestring (Thorsen, 2008). Vaner kan også gi oss kontroll (Öresland, 2008; Danielsen, 2008). Ytrehus (2004) skriver om "rotfast i vaner" og at vaner er ureflektert praksis. Slik som Margit fra småbyen uttrykker det:

Vi liker å holde på vårt system. Vi sitter her borte når vi drikker formiddagskaffe. Så flytter vi inn her når vi skal se på tv. Mannen min sitt hjørne er her borte ved det store bordet. Han holder på med sine ting der. Om sommeren flytter vi oss hit mot vest om ettermiddagen. Dette er en fin plass å sitte og se utover. Mannen min sover middag her. Jeg leser avisen her borte imens (Ytrehus 2004, s. 144).

Å føle seg hjemme kan også handle om tilknytning til stedet. Öresland trekker frem et relativt nytt begrep innen sykepleieforskningen; "place"- "nursing geography" (Öresland, 2008). Med dette menes *stedets* betydning for vår helse.

Hva kan disse ulike egenskapene ved hjemmet bety for en person som utvikler demens? Kan det tenkes at det blir desto mer viktig med disse egenskapene ved hjemmet for denne pasientgruppen? Dette bringer oss videre til neste avsnitt.

Normann (2008) hevder at dersom vi møter en person med demens på en slik måte at personen med demens opplever seg sett, forstått og bekreftet, oppstår det en nær tilhørighet som igjen gir personen med demens hjemmefølelse. Vi må forstå personen med demens ut fra det livet de har levd og;

om personens selv bekreftes gjennom en oppriktig interesse for ham eller henne som person, sendes metabudskapet at han eller hun er betydningsfull. Personen vil da kunne oppleve følelsesmessig samstemthet med sine behandlere, pleiere og nærstående, og det er da lagt til rette for hjemmeopplevelse og hjemmefølelse hos personen med demenssykdom (Ibid, s.160).

De som har studert hjemmet i forhold til funksjonssvikt peker på aspekter som kan true hjemmefølelsen. Innredningen påvirker pleietrengende eldres trivsel og *hjemlighet fremstår som den overordnede trivselsfaktoren for beboerne. Hjemlighet er avgjørende for at den eldre kan føle seg trygg og føle at boligen ikke bare er en bolig, men også et hjem* (min uthevning) (Henriksen, Møller og Knudstrup, 2006). Livssituasjonen kan true denne hjemlighetsfølelsen (Alsvåg, 2008). For eksempel så kan mentale forandringer som personer med demens opplever føre til "at opplevelsen av hva som er hjemme endres, slik at den gamle kanskje forlater hjemmet og ikke finner hjem igjen på egenhånd" (Ibid, s.109).

Vi ser at hjemmet handler om ulike aspekter, men at det primært fremstilles med positive egenskaper som skaper mening for de eldre. I neste underkapittel skal vi se på familieomsorg som egenskap ved hjemmet.

2.2.1 Familieomsorg- den uformelle omsorgen

Denne undersøkelsen omhandler også familieaspektet som en del av hjemmet. Tidligere studier viser at vi mener at velferdsstaten har hovedansvaret for eldreomsorgen og at de fleste "foretrekker hjelp fra formelt organiserte tjenester framfor hjelp fra familien dersom de skulle bli avhengige av langvarig hjelp i eldre år" (Daatland og Herlofson, 2005, s.52). Dette kan ha sammenheng med at tjenestene har blitt mer tilgjengelige og av bedre kvalitet (Ibid). Den hjelp og omsorg vi gir hverandre enten vi er i familie, bor i nabolaget eller er venner er viktige verdier og et nødvendig fundament i solidarisk samfunn der vi tar ansvar for hverandre, står det i Velferdsmeldingen (St.meld.nr.35., 1994-95). Dette er det ikke mulig eller ønske om å erstatte med offentlige tjenester. De fleste eldre er redde for å være til byrde for barna sine og de *ønsker å bo selvstendig* og klare seg selv uavhengig av familien (min utheving) (Ibid).

I et rimelig godt bomiljø er både svake og sterke bånd viktige. Typiske sterke bånd er nær slekt; det å ha nær slekt i nærheten, innebærer som regel, at familiens uformelle hjelpeapparat blir styrket og "fungerer som en buffert i krisesituasjoner" (Gullestad, 1989, s.95). Imidlertid må vi ikke bli for romantiske når det gjelder hva nær slekt er i stand til og vil påta seg av omsorg som krever tid og slit; "det er absolutt begrenset hvor mye slektinger er i stand til å yte av slik krevende omsorg" (Ibid, s. 95). Studier har vist at den uformelle omsorgen er mye større enn den formelle omsorgen og mer hos personer med demens (Nordberg, von Strauss, Kåreholt, Johansson og Wimo, 2005). Det er og en sammenheng mellom mengden av uformell omsorg ogde fallerende kognitive funksjonene. Familien skal være støttespillere, men en ser ofte at uformell omsorg blir en erstatning mer enn en utfyllelse av den formelle omsorgen (Ibid).

Denne undersøkelsen handler om hjemmets plass i demensutredningen og tidligere forskning har vist at det er av betydning for ektefellens opplevelse av belastninger og ansvar om den demensrammede *bor hjemme eller på institusjon*. Aldersforskjell, forholdets historie og kjønn er også av betydning for opplevelse av belastninger (Ingebretsen og Solem, 2002). Vi vet at store belastninger gir høyere risiko for fysisk og psykisk utmattelse, men det å gjøre sitt ytterste for ektefellen kan også gi selvbekreftelse gjennom den mening en tillegger situasjonen. Belastninger kan oppleves eller modifiseres av at man har noe igjen for

innsatsen. For mange er det positivt å kunne gjøre det beste for ektefellen. Det gjelder ikke bare egens tilfredsstillelse ved å gjøre en god innsats, men kan også være knyttet til behovet for å opprettholde en relasjon og tilknytning til ektefellen. Dette omtales som "gain of caregiving" og har kommet frem i nyere forskning. Det gir et mer nyansert bilde av omsorgsarbeid, enn den tidligere ganske dominerende fokuseringen på belastningene (Ibid). Andrèn og Elmståhl (2005) har satt søkelyset nettopp på disse *positive* aspektene ved å yte uformell omsorg til personer med demens. Mange av omsorgsgiverne kan oppleve tilfredsstillelse, uavhengig av byrden ved omsorgsgivingen og helsen sin. Omsorgsgiverne kunne føle både moderat byrde og stor tilfredsstillelse samtidig. De som rapporterte om høy grad av tilfredsstillelse, holdt ut omsorg for en person med demens lengre enn de som ikke følte det slik. For omsorgsgivere som var i familie med personen med demens, var *et viktig motiv at personen med demens kunne bo hjemme lengre* (min utheving) (Ibid).

Familieomsorg er ofte kombinert med offentlig omsorg (Nordberg et al, 2005). Det står i Velferdsmeldingen (St.meld.nr.35., 1994-95, s. 152) at "familieomsorg bærer i seg vesentlige kvaliteter ved samfunnet som det er viktig å ta vare på. Det er derfor en sentral oppgave å innrette den offentlige pleie- og omsorgstjenesten slik at den kan støtte opp om denne omsorgen". Regjeringen nevner avlastning og omsorgslønn som to viktige forebyggende tiltak kommunene kan bruke for å støtte familieomsorgen (Ibid). Demensplan 2015 (Sosial- og helsedepartementet, 2007) har som mål at pårørende skal få et pusterom i hverdagen med pårørendeskoler, avlastning og dagtilbud for personen med demens.

På bakgrunn av det store fokuset på uformell omsorg har jeg valgt å fokusere på dette som et aspekt ved hjemmet. Neste underkapittel handler om frivillig innsats som også er et aspekt ved hjemmet.

2.2.2 Nærmiljø og frivillig innsats

I undersøkelsen er også nærmiljøet og kontakt med frivillige organisasjoner kartlagt som egenskaper ved hjemmet. Vi har tidligere sett at tilknytningen til stedet er et sentralt aspekt ved hjemmet. Vi har våre bekjente spredt utover hele verden, og kommunikasjonsmulighetene (bil, fly, internett og så videre) setter ikke grenser for å opprettholde kontakten. På den annen side poengterer Gullestad (1989) at nærmiljøet er mer viktig i enkelte livsfaser og situasjoner, samt at "nærmiljø er det nivå hvor det kunne være mulig for forvaltningen å gripe inn på en helhetlig måte for å stimulere det uformelle hjelpeapparatet" (Ibid, s. 94). Offentlige tjenester skal først trekkes inn når omsorgsoppgavene vokser utover det som er mulig å gjennomføre for pårørende og når det

er nødvendig av helsefaglige grunner. Regjeringen vil stimulere til frivillig innsats og et samarbeid mellom denne og offentlig tjenester (Sosial- og helsedepartementet, 2007).

Å yte frivillig innsats krever fysisk, mental og sosial aktivitet som kan føre til at man holder seg i vigør i eldre år (Solem, Hansen og Hasle, 2005). Det å kunne hjelpe andre er utbredt i alle sosiale lag i samfunnet, men det kan være en forskjell mellom små og store kommuner; ”de som bor i små kommuner hjelper andre mer enn de som bor i større kommuner, mens frivillig arbeid er like utbredt uansett kommunens størrelse” (Ibid, 2005, s.164). En kan ikke regne med at det vil bli noen økning av frivillig innsats som kan avlaste pleie- og omsorgstjenestene. Imidlertid mener Solem et al (2005) at det å yte frivillig innsats ”kan virke forebyggende på lengre sikt, ikke minst for de frivillige hjelperne selv” (s.167).

Demensplan 2015 ”Den gode dagen” (2007) understreker at den frivillige og i hovedsak den familiebaserte omsorgen (den uformelle omsorgen) nesten er på størrelse med den kommunale omsorgen. Framtidas demensomsorg blir utformet i møte mellom den formelle og den uformelle omsorgen. I tillegg ønsker regjeringen å styrke rammevilkårene for frivillig arbeid ved å utarbeide opplæringsprogram for frivillige.

2.3 Oppsummering av problemstilling

I dag er det sterke føringer om at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig. Det er samtidig viktig å skille mellom begrepene hjem og bolig. Litteraturen vektlegger bolig- og hjemdimensjonene ulikt. Noen påpeker viktigheten av riktig design og arkitektur for å understøtte helse og velvære (Brawley, 1997), mens andre retter søkelyset på hva sykdommen fører til i forhold til å bearbeide sanseinntrykk og mener dette er viktig i forbindelse med hvordan de kan utnytte sine restfunksjoner og mestre sin tilværelse (Bull og Magnus, 1996).

Særlig overfor personer med demens, kan det være viktig å påpeke at hjemmet kan ha positiv betydning og at oppmerksomheten på det som er viktige kvaliteter for disse personene er helt avgjørende. Noen vil hevde at overfor denne pasientgruppen er det særs viktig å tilrettelegge det eksisterende miljøet for personer med demens, fremfor å velge en annen boform fordi hjemmet kan inneholde mange kvaliteter som er gunstige for denne pasientgruppen (Bull og Magnus, 1996). På den andre siden påpekes det også at hjemmet kan ha motsatt virkning og bli som et fengsel. Dersom det ikke er gjennomførbart å

tilrettelegge boligen, kan den eldre bli isolert i sitt eget hjem, og kanskje også bli utsatt for ulykker der (Tinker, 1997).

Hjemmet er som vi har sett noe mer enn boligen og det (hjemmet) prøver vi å skape der vi bor. For at vi skal føle oss hjemme er også stedet og nærmiljøet viktig, en føler seg kanskje ikke hjemme overalt selv om en har med alt på flyttelasset? For noen er hjemme kanskje der barndomshjemmet er, mens andre kanskje føler seg hjemme hvor som helst bare de har familie og venner i nærheten?

Denne undersøkelsen tar blant annet utgangspunkt i det eksisterende utredningsverktøyet fra NKAH. Her fokuseres det ikke på egenskaper ved hjemmet eller på hjemmets betydning. Derfor studerer jeg om ulike egenskaper ved hjemmet blir kartlagt i demensutredningen. Hjemmet er som vi har sett ikke noe entydig begrep. Det er i denne undersøkelsen valgt ut noen egenskaper ved hjemmet (for eksempel pårørende, frivillig innsats, nærmiljø, spesielle gjenstander (for eksempel møbler, diplomer, fotografier av barndomshjemmet), husdyr, hytte/feriemål og betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen). I tillegg er det også spurt om fremtidige boligønsker kartlegges. Det er rimelig å tro at egenskapene ved hjemmet ikke er like for alle og at en legger ulik betydning i dem.

Grunnen til at jeg ønsker å se nærmere på dette er at jeg har en formening om at det er av betydning for personen med demens, de pårørende og pleie- og omsorgspersonell å lære personen med demens godt å kjenne *før* det blir aktuelt med institusjonsplass. Når demensteam/demenskoordinatorer er inne i bildet er personen med demens i startfasen av sin demensutvikling og kan kanskje gjøre rede for sine preferanser og sin livshistorie;

i forskningen om eldre vet vi vanligvis lite eller ingenting om det liv den eldre har levd, og om hvordan han eller hun er blitt den vi ser i dag. Vi vet ikke noe om hvilke muligheter som forelå, hvorfor personen valgte som hun eller han gjorde, hvilke håp, drømmer, seire og nederlag som ligger i fotsporene, eller hvilke mestringsstrategier personen med demens har benyttet. Dagen i dag er formet av dette, og får sin mening i lys av det liv som er levd. Men vi kjenner det ikke (Thorsen, 1998, s.59).

2.3.1 Forskningsspørsmål

Det som kommer frem i denne undersøkelsen vil være annerledes enn det som allerede finnes i utredningsverktøyet og annerledes enn det som ble kartlagt i 2007 (Westerberg, (red.), 2009).

Følgende forskningsspørsmål er kommet frem på bakgrunn av litteratursøk og kjennskap til feltet:

1. Hvilke organisasjonsmodeller har kommunene/bydelene valgt i demensutredningen?
2. Hvor er utredningsarbeidet organisatorisk forankret?
3. Hvilke faggrupper er representert i demensteamene?
4. Har små og store kommuner valgt ulike organisasjonsmodeller, forankring og faggrupper?
5. Hvilken plass har hjemmet i demensutredningen?
6. Har organisasjonsmodell og hvilke faggrupper som er representert innvirkning på hvilke egenskaper ved hjemmet som kartlegges?

I neste kapittel redegjøres det for undersøkelsens design og metode.

3.0 FORSKNINGSDESIGN OG METODE

Dette er en kvantitativ undersøkelse og det er en deskriptiv kartleggingsundersøkelse. Målet har vært å beskrive status på dette feltet når det gjelder hjemmets plass i demensutredningen. I dette kapitlet redegjøres det for den metodiske tilnærmingen. Metodiske valg som har blitt foretatt blir klargjort og jeg har her tilstrebet å ha et kritisk blikk på metodevalg. Til slutt i dette kapitlet er et eget kapittel om metode kritikk.

3.1 Beskrivelse av populasjon og utvalg

Populasjonen i denne undersøkelsen var 121 kommuner/bydeler som har demensteam/demenskoordinator. Disse 121 representerer til sammen 111 norske kommuner (noen kommuner har flere demensteam/demenskoordinatorer).

Det kan tenkes at det finnes andre måter å organisere demensutredningen på enn å velge demensteam eller demenskoordinator, men disse er ikke inkludert i denne undersøkelsen. Bakgrunnen for dette er at målet var å se spesielt på de kommunene/bydelene som har valgt en av disse organisasjonsformene og se på hvilken plass hjemmet har i deres utredningsarbeid. Dette vil si at jeg i denne undersøkelsen har studert hele populasjonen av de kommunene/bydelene som har en av disse organisasjonsformene.

Jeg ønsket å studere demensutredning i kommunehelsetjenesten og informasjonen om utvalget fikk jeg fra NKAH. Populasjonen var også kartlagt tidligere (Westerberg, (red.), 2009) med tanke på demensutredningsarbeidet. Når den forrige kartleggingen ble gjennomført var det 108 av de 431 norske kommunene som drev organisert demensutredning i form av demensteam/demenskoordinator. Utvalget i min undersøkelse består av 111 kommuner noe som betyr at det har vært en liten økning av kommuner som driver organisert demensutredning. Årsaken til økningen kan være et resultat av at Demensplan 2015 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) har trådt i kraft. Vi kan regne med at denne har gitt et større fokus på demensomsorg og demensutredning. De statlige anbefalingene som Demensplan 2015 (Ibid) kom i 2007 og vi må regne med at noen kommuner har trengt noe lengre tid på å organisere demensutredningen. Til tross for dette kan vi si at det er mye som gjenstår i forhold til å nå Demensplanens målsetting om at alle skal være sikret å bli utredet og diagnostisert ved mistanke om demens (Ibid).

3.2 Datainnsamling

Det er brukt spørreskjema (vedlegg 3) som datainnsamlingsmetode i denne undersøkelsen. Dette er utviklet spesifikt for denne undersøkelsen. Videre i kapittelet redegjøres det for de ulike elementene i datainnsamlingen, først for spørreskjemaet og reliabilitet og validitet, så for svarprosenten og hvordan datainnsamlingen foregikk. Avslutningsvis omhandler kapittelet behandling og statistisk bearbeiding av data, forskningsetiske hensyn og helt til slutt kritikk av metoden.

3.2.1 Spørreskjema

Spørreskjemaet (vedlegg 3) bestod av 37 spørsmål og var delt i fire områder. Disse områdene var; "Kommunefakta og organisering av demensutredning", "Pårørende og nettverk", "Interesser og aktiviteter" og "Bolig og hjem". Spørreskjemaet ble laget med lukkede svaralternativer som vil si at det var laget faste svaralternativ. Mye arbeid ble lagt ned i oppbygging av spørreskjemaet og jeg fikk også her nyttige råd av NKAH.

3.2.2 Reliabilitet og validitet

Denne undersøkelsen tar som tidligere nevnt utgangspunkt i utredningssverktøyet fra NKAH. Jeg ønsket å stille utvalget spørsmål utover det som står i utredningssverktøyet. Litteratursøk, gjennomgang av andres spørreskjema og tilbakemeldinger fra medstudenter bidro til å definere spørsmålene i spørreskjemaet. Spørreskjemaet og informasjonsskrivet (vedlegg 3 og 2) ble validert ved bruk av ulike metoder. For å ivareta kontroll av den begrepsmessige validiteten (Carmines og Zeller, 1979) ble tre sentrale fagpersoner/forskere innen demensomsorg brukt som referansepersoner. Disse leste gjennom både informasjonsskrivet og spørreskjemaet og kom med konstruktiv kritikk.

For ytterligere validering og sikring av relevans ble det gjennomført en pilotundersøkelse – i en bykommune og i en landkommune. "Pilot" betyr at det var en test og en prøverunde før den endelige undersøkelsen ble sendt ut. Demensteamet fra bykommunen hadde jeg et møte med hvor jeg fikk tilbakemeldinger. Hovedtilbakemelding var at de støttet undersøkelsen innholdsmessig og at spørreskjemaet var relevant, interessant og hadde en logisk struktur. De trakk frem bolig- og hjemområdet som spesielt interessant og meldte også tilbake om at de fikk ideer til eget arbeid gjennom deltakelsen. De hadde videre noen

kommentarer på forbedring av organiseringen av spørsmålene, men disse gjaldt utelukkende oppsett og organisering av spørreskjemaet. Fra demensteamet i landkommunen fikk jeg spørreskjemaet i retur uten tilbakemeldinger. Jeg forstod det da slik at de ikke hadde noen kommentarer. Begge disse kommunene ble også inkludert på nytt i hovedundersøkelsen.

Kommune/bydel som har organisert demensutredningsarbeidet i form av demenskoordinatorer deltok ikke i pilotundersøkelsen. Kanskje ville de ha kommet med andre synspunkter siden de ikke arbeider i team, men står alene i hver situasjon? Kanskje de har færre ressurser å bruke og således fokuserer på andre aspekter i utredningen? På den annen side vitner ikke resultatene om forskjeller i forhold til om det er demensteam eller demenskoordinator som har svart på undersøkelsen (mer om dette i kapittel 4.0).

Reliabilitet kan oversettes til pålitelighet. Det sier noe om hvor nøyaktig, stabilt og konsekvent spørreskjemaet er (Hellevik, 2003). En må kunne stole på datamaterialet som er samlet inn og et sentralt spørsmål en kan stille seg er hvorvidt informasjonen som er innhentet er pålitelig. Spørreskjemaet er bygd opp med gjennomgående struktur og like svaralternativer der hvor det har vært naturlig. Dette er gjort for å bidra til en enkel, tilgjengelig og lettlest struktur. Dette kan ha styrket reliabiliteten. På den annen side oppdaget jeg at det var vanskelig å fange opp nyanser, og at på flere av spørsmålene så svarte mange av respondentene ganske likt. De viste en tendens til å svare "til venstre", det vil si de svaralternativene som var mest positive. For eksempel; "alltid" og "stor betydning". Dette er et kjent fenomen i spørreskjemametodikken (Haraldsen, 1999). Det er derfor rimelig å spørre seg om respondentene har gitt for gjennomgående positive svar. Dette førte til at det i analysen ble valgt å kode sammen flere verdier. Rangeringsvariablene hadde opp til fire svaralternativer og disse ble omkodet og slått sammen.

3.3 Datainnsamling og svarprosent

Heretter følger en redegjørelse for hvordan datainnsamlingen foregikk i praksis og en utdypning av svarprosenten (frafallsanalyse).

Masteroppgavens tidsperspektiv spilte inn på valg av fremgangsmåte derfor ble ikke utvalget kontaktet på forhånd. Førstegangskontakt ble opprettet når de mottok undersøkelsen i posten. Informasjonsskrivet og spørreskjemaet ble sendt ut til de 121 demensteamene/demenskoordinatorene i de 111 kommunene/bydelene 24.10.2008.

Konvoluttene ble merket "demensteam/demenskoordinator". Svarfristen ble satt til 10.11.2008.

Det skulle vise seg å bli en utfordring å få inn svar fra alle de 121 demensteamene/demenskoordinatorne. Det ble gjennomført systematiske purrerunder på telefon frem til 19.12.2008 og de som ønsket det fikk informasjonsskriv og spørreskjema sendt på nytt på mail. Av de til sammen 121 skjemaene som ble sendt ut fikk jeg tilbake 87 svar. Dette førte til en svarprosent på 72 prosent (tabell 3.1). Norge er et land med mange kommuner med forholdsvis få innbyggere, og etter råd fra Statistisk Sentralbyrå (telefonsamtale mars 2009) valgte jeg i analysene å skille på over/under 5.000 innbyggere. Bakgrunnen for dette var at det kan være ulike utfordringer og ulik tilgang på ressurser i store kommuner sammenlignet med små kommuner.

Tabell 3.1

Viser svarprosent etter kommunestørrelse

	Under 5.000 innbyggere	Over 5.000 innbyggere	Total
Svarprosent	67	76	72
Antall kommuner/bydeler som deltar	51	36	87
Totalt antall kommuner/bydeler	54	67	121

Tabell 3.1 viser at svarprosenten for de større kommunene og for de mindre kommunene er, henholdsvis 76 prosent og 67 prosent. I de store kommunene er det relativt høy svarprosent (76 prosent) noe som kan bety relativt sikre resultatene for hele befolkningen. Den noe lavere svarprosenten (67 prosent) i de små kommunene kan bety noe mer usikkerhet knyttet til resultatene her.

Årsakene til frafallet som er kan være flere. Noen få kommuner opplyste at de ikke ønsket å delta på grunn av stort arbeidspress. To kommuner syntes spørreskjemaet var vanskelig å fylle ut og kontaktet meg slik at personen med demens kunne fylle det ut over telefon. Det kan være rimelig å tenke seg at også flere syntes spørreskjemaet var vanskelig å fylle ut,

men at de ikke tok kontakt med meg. Oppfatningen min av hovedårsakene til frafallet var at kontaktopplysningene på demensteamene/demenskoordinatorene som jeg hadde (fra undersøkelsen i 2007, Westerberg, (red.), 2009) ikke stemte lengre. Videre var det noen som opplyste at de hadde glemt å svare eller at personen med demens med ansvaret for demensutredningen var sykemeldt, på ferie eller ute i permisjon. Det kan være stor "turn over" i helsetjenestene derfor er det som forventet at det var feil i kontaktopplysningene, imidlertid stilte de seg alltid positive til undersøkelsen når jeg i forbindelse med purrerunder kom i kontakt med rett person. Frafallet i denne undersøkelsen er lite tatt i betraktning at det er en masteroppgave og ingen pålagt oppgave kommunene/bydelene måtte svare på. Det kan derfor tyde på at undersøkelsen hadde et relevant tema som vekket interessen.

3.3.1 Behandling av data

Spørreskjemaene ble lagt inn manuelt av meg. Det vet vi kan påvirke resultatene fordi feilkoding kan oppstå, men for å unngå dette ble det gjort systematiske kontroller. Det ble kjørt testanalyser og tatt stikkprøver av datamaterialet mot de returnerte spørreskjemaene. Alle statistiske analyser ble utført ved bruk av programvarepakken Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 16.

3.4 Statistisk bearbeiding

Resultatene er presentert ved hjelp av deskriptiv statistikk; frekvenstabeller og krysstabeller. Frekvenstabeller er det første steget i en statistisk analyse og gir en oversikt over hvor mange enheter som har de ulike verdiene til hver enkelt variabel. Dette kalles univariat frekvensfordeling (Polit og Beck, 2008). Deretter er det gjennomført krysstabeller hvor avhengig (bakgrunnsvariabler)- og uavhengig variabler sammenlignes (krysses).

I hovedsak presenteres frekvenstabeller, men også noen krysstabeller for å se sammenheng mellom variabler. "N" vil variere i analysene som presenteres i tabellene fordi noen av respondentene har valgt å utelate noen spørsmål. I forhold til prosentene, er det "valid percent" det er tatt hensyn til og både prosent og antall er med i tabellene.

Den statistiske sikkerheten (signifikansen) er ikke vurdert i dette datamaterialet. Det er to begrunnelser til dette. Den ene begrunnelsen er at utvalget er kun representativt for de kommunene som har svart på undersøkelsen, ikke for alle landets 431 kommuner. Den andre begrunnelsen er at utvalget er det samme (pluss tre nye) som det som ble kartlagt i

2007 (Westerberg, (red.), 2009) og vi vet ikke noe om de som ikke har svart. Frafallsanalysen viser imidlertid ingen stor forskjell mellom små og store kommuner og heller ikke mellom demensteam/demenskoordinatorer. På bakgrunn av dette kan vi si at det er liten hensikt med statistisk sikkerhet.

Krysstabellene studerer variasjoner etter sentrale bakgrunnsvariabler (avhengige variabler). De avhengige variablene som er valgt ut er; kommunestørrelse og fagbakgrunn.

3.5 Forskningsetiske hensyn

Denne undersøkelsen er rettet mot tjenesteytere og hvilke tjenester de utfører, undersøkelsen inneholder ingen sensitive personopplysninger. Tross dette er det likevel noen etiske overveielser en alltid må ta hensyn til i forskningsøyemed.

Undersøkelsen ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 1) og alle opplysninger ble behandlet etter lovbestemte regler. Resultatene blir presentert i anonymisert form i denne masteroppgaven og det vil ikke være mulig å identifisere informantene i resultatene av undersøkelsen. Datamaterialet ble egenhendig makulert innen undersøkelsens slutt 12.6.2009.

Informasjonsskrivet (vedlegg 2) fulgte spørreundersøkelsen og opplyste om at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at respondentene når som helst og uten å oppgi noen grunn kunne trekke sitt samtykke til å delta i undersøkelsen. Respondentene som ønsket å delta ble bedt om å returnere spørreskjemaet i den ferdigfrankerte returkonvolutten som lå vedlagt.

3.6 Metodekritikk

I det følgende redegjøres det for noen metodiske valg som har blitt foretatt og eventuelle konsekvenser de kan ha ført til.

Det ble valgt å bruke spørreskjema og en kvantitativ metode i undersøkelsen, fordi det egnet seg best til å svare på denne undersøkelsens problemstilling. En kan ha gått glipp av informasjon fordi respondentene ikke har fått mulighet til å utdype svarene. Nyanser kan være vanskelig å fange opp når en benytter spørreskjema som dette med fastlagte svaralternativer. En annen metode som kunne vært aktuell er et fokusgruppeintervju eller

observasjon av demensteam og demenskoordinatorer for å få mer nyanser og utdypning til resultatene. Jeg vurderte å supplere med en mer utdypende telefonsamtale, men dette ble ikke gjort på grunn av masteroppgavens tidsbegrensninger. På den annen side viser svarprosenten (72 prosent) at en har grunnlag for å si at en har fått en kartlegging av området.

I forhold til validitet kan en spørre seg om datamaterialet gir et riktig bilde av virkeligheten. Jeg har ikke arbeidet direkte med demensutredning før, derfor var organiseringsformer som demensteam/demenskoordinatorer relativt nye begreper. At det var et relativt ukjent fagområde for meg kan ha hatt negative konsekvenser for utarbeidelse av spørreskjemaet. Det tok tid å sette seg inn i fagtermer og "lese seg opp" på faget. Imidlertid har jeg arbeidet med eldre i ni år (før og etter bachelor i sykepleie) og har i mitt arbeid møtt flere personer med demens. Det at demensutredning var et forholdsvis ukjent område kan også ha vært positivt fordi jeg har stilt meg helt åpen, uten forutinntagelser og har gjennom hele prosessen vært åpen for ulike perspektiver.

Undersøkelsen bygger som nevnt på en kvantitativ metode og når det kom til analysen var SPSS et nytt og ukjent program for meg. Jeg fikk ingen opplæring eller undervisning i bruk av programmet fra høgskolen sin side, mye tid gikk derfor med på å lære seg å bruke programmet.

I ettertid har jeg oppdaget at enkelte svarkategorier er uheldig utformet. Dette gjelder for spørsmålene som ligger til grunn for tabell 5.3 om antall hjemmebesøk. Svarkategoriene var her ikke gjensidig utelukkende. Optimalt sett burde svaralternativene vært "ett", "to til tre" og "fire eller flere". I tillegg burde det vært mulig å krysse av for "ingen". En kan anta at de som har svart "ett til to" gjennomfører flere enn ett hjemmebesøk.

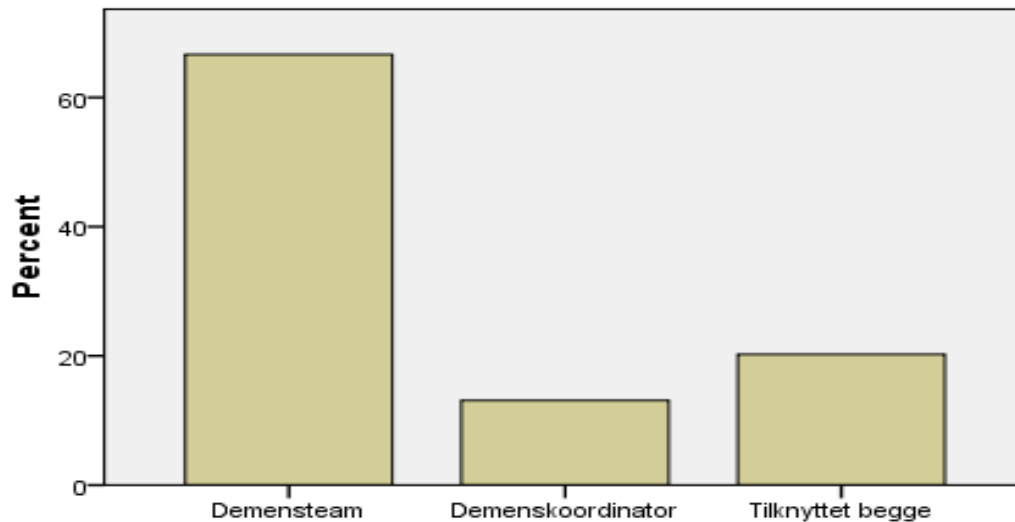
I de neste to kapitlene blir resultatene fra undersøkelsen presentert med utdypinger og refleksjoner. Det første kapitlet handler om organisering av demensutredning og det andre kapitlet handler om i hvor stor grad egenskapene ved hjemmet blir kartlagt.

4.0 ORGANISERING AV DEMENSUTREDNING

I dette kapittelet presenteres det hvordan kommunene/bydelene som har deltatt i denne undersøkelsen har valgt å organisere demensutredningen. Først viser jeg hvilken organisasjonsmodell (demensteam/demenskoordinator/begge deler) kommunene/bydelene har valgt og deretter hvordan bruk av organisasjonsmodell varierer for små og store kommuner. Videre vises det hvor demensutredningen er organisatorisk forankret i kommunen og hvilke faggrupper som er medlemmer- og ledere av demensteamene. Til slutt viser kapittelet i hvor stor utstrekning det eksisterende utredningsverktøyet blir benyttet.

Vi har sett at i Norge så har vi valgt å legge ansvaret for utredning og diagnostikk av personer med demens til kommunehelsetjenesten og ikke til spesialisthelsetjenesten. Kommunenes autonomi og selvråderett står sterkt og på mange områder bestemmer de selv hvordan tjenestene de tilbyr skal organiseres. Kommunene har pålagte tjenester de må sikre at blir utført, men organiseringen av tjenestene er i stor grad valgfri. Kommunene kan altså ikke pålegges en bestemt organiseringsform, men velger selv ut fra lokale forhold hvordan de vil organisere tjenestetilbudet. Figur 4.1 viser hvilken organiseringsform for demensutredningen kommunene i denne undersøkelsen har valgt.

Figur 4.1; Hvilken organisasjonsmodell kommunene/bydelene har valgt i demensutredningen. N= 84. Prosent.



Av figur 4.1 ser vi at to av tre kommuner/bydeler (67 prosent) i denne undersøkelsen var organisert i form av demensteam. En liten del, 13 prosent, av kommunene/bydelene hadde organisert demensutredningen i form av at det var en fagperson som hadde ansvaret for dette (demenskoordinator). 20 prosent var organisert både i form av demensteam og demenskoordinator. I 2007 var det demensteam/demenskoordinator som drev utredning i 25 % av *alle* landets kommuner. Av disse 108 kommunene hadde 85 kommuner demensteam og 29 kommuner hadde i tillegg demenskoordinator. 23 kommuner hadde kun demenskoordinator (Westerberg (red.), 2009).

Det kan være rimelig å forvente at det er en forskjell mellom små og store kommuner i måten de velger å organisere utredningsarbeidet sitt på. De store kommunene kan samlet sett ha flere ulike fagressurser å spille på, mens det i mindre kommuner er rimelig å forvente at flere ulike fagoppgaver tilfaller en og samme person. Demensteam derimot er en organiseringsform som kan være ressurskrevende. Organiseringsformen krever at flere faggrupper bidrar og at kommune har ulike fagpersoner tilgjengelig. Dermed kan det være at kommunene i større grad velger demenskoordinator på grunn av ressurshensyn. Resultatene fra denne undersøkelsen viser ingen stor forskjell mellom små og store kommuner i valg av organiseringsform, se tabell 4.2.

Tabell 4.2

Andel kommuner/bydeler med demensteam, demenskoordinator og begge deler, etter kommunestørrelse. Prosent. (N 84)

	Under 5. 000 innbyggere	Over 5. 000 innbyggere	Total
Demensteam	63	69	67
Demenskoordinator	11	14	13
Tilknyttet begge	26	16	20
N	35	49	84

Tabell 4.2 viser at de fleste kommunene/bydelene som deltok i undersøkelsen har organisert utredningsarbeidet i form av demensteam. Dette gjelder for to av tre kommuner/bydeler. I tillegg har en av fem kommuner/bydeler både demensteam og demenskoordinator, mens bare 13 av kommunene/bydelene har kun demenskoordinator (figur 4.1). Vi ser at de ulike organiseringsformene er omtrent like vanlige i de store som i de små kommunene. Småkommuner velger ikke i større grad enn de store å bruke demenskoordinator i stedet for demensteam. Noen flere av småkommunene har begge deler, det er tilfelle for 26 prosent av kommuner med under 5. 000 innbyggere og 16 prosent av kommuner med over 5.000 innbyggere. Dette kan tyde på sterk satsning på demensutredning hos småkommunene. Denne organiseringsformen, med både demensteam og demenskoordinator, skal i teorien sikre at ulike faglige perspektiver vil gjøre seg gjeldene og at det finnes en ansvarlig person som koordinerer demensutredningsarbeidet.

Til nå har vi sett hvordan demensutredningen er organisert. Svarene fra undersøkelsen danner også grunnlag for å si noe om hvor utredningsarbeidet er forankret. Fagpersonell som arbeider med personer med demens kan arbeide både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Forskning har vist at tre firedeler av beboere i norske sykehjem har en demenstilstand (Engedal, 2005) og på bakgrunn av dette kan en tenke seg at det er mer kompetanse og erfaringer i forhold til personer med demens hos ansatte på sykehjem. Tabell 4.3 viser den organisatoriske forankringen.

Tabell 4.3

Andel kommuner/bydeler etter hvor demensutredningen er forankret og kommunestørrelse. Prosent. (N 85)

Organisatorisk forankring	Under 5. 000 innbyggere	Over 5.000 innbyggere	Total
Sykehjem	11	47	32
Hjemmetjenesten	31	20	25
Både i sykehjem og hjemmetjenesten	50	22	34
Annet	8	10	9
N	36	49	85

Tabell 4.3 viser at kommuner med over 5. 000 innbyggere oftere enn de med under 5.000 innbyggere har forankret utredningsarbeidet kun i sykehjem. Nesten halvparten av de største kommunene har oppgitt dette. Det samme er tilfellet for bare 11 prosent av de små kommunene. Den vanligste formen i småkommuner er å forankre utredningsarbeidet både i sykehjem og hjemmetjenesten. Årsakene til dette kan være flere. En av årsakene kan være at småkommuner er mer oversiktelige som fører til at det er lettere å få til et samarbeid om utredninger som involverer både sykehjemmet og hjemmetjenesten. En annen årsak en kan tenke seg er at det samlet sett er færre fagressurser i de små kommunene enn i de store. De vil derfor være avhengige av å engasjere flere instanser og enheter, derfor er både sykehjemmet og hjemmetjenesten involvert i utredningsarbeidet. Uansett årsak må vi regne med at en bred forankring vil involvere flere. På bakgrunn av dette kan denne forankringen ha positive ringvirkninger for kommunen. Kanskje kan det også være et bidrag til at flere får kunnskap om utredningsarbeidet og dermed bidra til økt kunnskapsutvikling innad i virksomheten?

Demensteamene vil bestå av flere faggrupper og som vi har sett tidligere er demensteam den organisasjonsformen 2/3 av kommunene har valgt (figur 4.1). Anbefalinger sier at demensteamene bør være tverrfaglig sammensatte, hvor naturlige teamdeltakere er

sykepleier og ergoterapeut (Engedal, 2005). Tverrfaglighet er en samarbeidsform der ulike fagpersoner samarbeider om en felles situasjon mot et felles mål. Tverrfaglighet kan gi mulighet for at brukerne får en helhetlig behandling (Lauvås og Lauvås, 2004). Tabell 4.4 viser hvilke faggrupper som var representert i demensteamene.

Tabell 4.4

Andel kommuner/bydeler som har følgende faggrupper representert i demensteamene. Prosent.

Faggrupper	Under 5.000 innbyggere	Over 5.000 innbyggere	Totalt
Sykepleier	100	94	96
Hjelpepleier	52	35	42
Lege	39	33	35
Ergoterapeut	32	46	40
Fysioterapeut	3	7	5
Andre	19	17	18

* Respondentene kunne krysse av flere steder, derfor summeres det ikke til 100 % i denne tabellen.

Tabell 4.4 viser, som forventet (siden det er mange sykepleiere som arbeider i demensomsorgen), at de fleste demensteam har sykepleiere tilknyttet, hele 96 prosent. Dette er også i samsvar med undersøkelsen til Westerberg (red. 2009), hvor 97 prosent av demensteamene i deres studie hadde sykepleier representert. Etter sykepleiergruppen var det hjelpepleiere og ergoterapeuter som var representert hyppigst i demensteamene, henholdsvis 42 prosent og 40 prosent. 35 prosent har lege tilknyttet demensteamet. Noe mer overraskende var det at så få som 5 prosent av demensteamene hadde fysioterapeut representert. En årsak til dette kan være at det er få ressurser i kommunene til fysioterapitjenesten og at det derfor er rimelig å regne med at de må dekke flere områder. Bakgrunnen for den lave prosentandelen av fysioterapeuter kan dermed være at det ikke er ressurser nok til å ha en fysioterapeut direkte tilknyttet demensteamet.

Tabellen (4.4) sier også noe om ulik kompetanseprofil for små og store kommuner. Tabellen viser at de større kommunene har en noe bredere kompetanseprofil enn de små kommunene. En bakgrunn for dette kan være at det er flere ressurser i de større kommunene som gjør at de har større mulighet til å inkludere ergoterapeutene og fysioterapeutene sine ressurser i utredningsarbeidet. Tabellen viser at 32 prosent i de små kommunene har ergoterapeut, mens det er 46 prosent i de større kommunene som har det. De samme tallene er henholdsvis tre- og sju prosent for fysioterapeutene. Derimot ser vi at hjelpepleiere er vanligere i demensteamene i små kommuner (52 prosent) sammenlignet med større kommuner (35 prosent). Årsaken til dette kan ha en sammenheng med at de små kommunene mangler mer spesiell kompetanse innen utredning og demensomsorg og hjelpepleierne blir dermed i større grad inkludert i utredningsarbeidet. En annen årsak kan være at i disse kommunene får hjelpepleierne mer spesialiserte arbeidsoppgaver og på den måten opparbeider seg kompetanse. Hvordan arbeidet eventuelt preges av de ulike faggruppene kommer jeg tilbake til i tabell 5.8 og 5.9.

Som innledningsvis nevnt kartlegger denne undersøkelsen et område som per i dag ikke er en del av det eksisterende utredningsverktøyet og som det ikke finnes noen retningslinjer på. Det vil derfor være rimelig at det er større variasjoner rundt om kartleggingsområder som ikke er en del av det eksisterende utredningsverktøyet. Kommunene eller de ulike demensteamene kan selv velge å vektlegge andre tilleggsområder som ikke står i utredningsverktøyet og utarbeide egne tilleggsskjema. På hvilken måte utredningsarbeidet er organisert og hvilke faggrupper som er representert lokalt kan dermed komme til å prege innholdet i utredningen. Vi kan regne med at for de områdene vi har stilt spørsmål om i denne undersøkelsen kan fagbakgrunn, kommunens ressurser og kommunens organisering av demensutredningen komme til å spille en rolle.

I spørreskjemaet er det stilt spørsmål om hvilken faggruppe som leder demensteamene. Utredning av personer med demens er omfattende og krever kompetanse både innen fagfeltet i seg selv og innen lovverket. Ledelse er "en allmenn og relasjonell kompetanse" (Orvik, 2004, s. 46) og ledelse kan både være et samspill mellom mennesker og en måte å utvikle relasjoner på. Ledelse av tverrfaglige team er "en allmenn kompetanse som alle profesjonsgrupper kan ivareta" (Ibid, s. 309). I denne undersøkelsen har vi sett at 96 prosent av demensteamene har sykepleier representert, mens 35 prosent av demensteamene opplyste at de hadde lege direkte tilknyttet (tabell 4.4). I denne sammenhengen viste det seg å ikke være automatisk at legen også var leder av demensteamet. Dette kan være et ressursproblem eller avhenge av legens kompetanse på området. Det kan også være slik at

demensteamene samarbeider med den enkeltes fastlege som kjenner situasjonen over tid. Tabell 4.5 viser hvilke faggrupper som leder demensteamene.

Tabell 4.5

Andel kommuner/bydeler etter hvilke faggrupper som leder demensteamet. Prosent. (N 69)

Leder av demensteamet	Prosent	Antall
Sykepleier	86	59
Hjelpepleier	0	0
Lege	1	1
Ergoterapeut	9	6
Fysioterapeut	0	0
Andre	4	3
N	100	69

Tabell 4.5 viser som forventet at nesten samtlige demensteam blir ledet av en sykepleier (86 prosent). Dette kan ha sammenheng med at det også var desidert flest sykepleiere i demensteamene (tabell 4.4). Dette kan igjen ha sammenheng med denne faggruppens kompetanse innen demensomsorg og utredning samtidig som det kan være et ressurs spørsmål. 9 prosent av demensteamene har ergoterapeut som leder, 4 prosent har andre faggrupper som leder og kun 1 prosent har lege som leder av demensteamet. Ingen demensteam i denne undersøkelsen har hjelpepleier eller fysioterapeut som ledere.

Denne undersøkelsen tar som tidligere nevnt utgangspunkt i områder i det eksisterende utredningsverktøy som dette ikke fokuserer på. En kan stille seg spørsmål ved hvorvidt det er så viktig at det brukes slike standardiserte utredningsverktøy. Begrunnelsen for å bruke et utredningsverktøy kan være at det er med på å heve kvaliteten på utredningen, at det inneholder et testbatteri (et utvalg av sentrale tester) som er validert for norske forhold, at en har alt på en plass og at det kanskje kan gjøre det lettere å sette seg inn hva utredningen bør

inneholde. Svakeheten ved et slikt utredningsverktøy kan være at en blir "låst" til det og i mindre grad ser hvilke andre tilnæringsmåter som kunne vært hensiktsmessig.

På bakgrunn av dette var derfor et sentralt spørsmål om demensteamene/demenskoordinatorene har tatt utredningsverktøyet i bruk. Det er rimelig å forvente at det er i bruk hos de fleste blant annet på grunn av anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet og at fylkesmennene har fått oppgaven med å påse at det blir tatt i bruk.

Tabell 4.6

Andel kommuner/bydeler som benytter utredningsverktøyet utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Prosent. (N 86)

Bruk av kartleggingsverktøyet	Prosent	Antall
Alltid/ofte	97	83
Sjelden/aldri	4	3
N	100	86

Tabell 4.6 viser at 97 prosent av de spurte benytter utredningsverktøyet. Fra undersøkelsen i 2007 var tilsvarende prosent 89 (Westerberg et al, (red.), 2009). Årsakene til denne økningen på 8 prosent kan være flere. For det første må det ses i lys av anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet og Demensplan 2015. I tillegg holder NKAH kurs i bruk av utredningsverktøyet noe som også kan stimulere kommunene til å benytte det og at denne opplæringen gjentas jevnlig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

4.1 Oppsummering av resultatene

Dette kapitlet har vist hvordan demensutredningen er organisert. 2 av 3 kommuner var organisert i form demensteam. Demensteamene var oftest organisatorisk forankret både i hjemmetjenesten og i sykehjem (34 prosent). Det var sykepleiergruppen som var sterkest representert både som medlemmer- og som ledere av demensteamene og 97 prosent

benytter seg alltid eller ofte av utredningsverktøyet, fire prosent benytter det sjelden eller aldri. Vi har sett at det er forskjeller mellom små og store kommuner som har deltatt i denne kartleggingen når det gjelder hvilke faggrupper som er representert og hvor arbeidet er forankret. Store kommuner har en bredere representasjon av faggrupper og små kommuner har en bredere forankring i kommunene, ved at arbeidet både er forankret i sykehjem og i hjemmetjenesten. Videre presenteres resultater i forhold til hjem og bolig.

5.0 KARTLEGGING AV EGENSKAPER VED HJEMMET

I dette kapitlet presenteres resultater av hvorvidt hjemmet blir kartlagt i demensutredningen og hvilke egenskaper ved hjemmet som blir kartlagt. Vi har sett i litteraturen at selv om det ikke er noen entydig definisjon av hva et hjem eller en bolig er, kan en si at hjemmet handler om noe annet enn den konkrete boligen. Hjemmet kan for eksempel handle om relasjoner og gjenstander i tillegg til vaner, rutiner og gjøremål.

I spørreskjemaet ble begrepene hjem og bolig definert slik; "Følgende spørsmål handler om bolig og hjem som ofte omtales om hverandre, men har ulik betydning. Bolig brukes ofte om de ytre fysiske forholdene, mens hjemmet omfatter de indre forholdene med en sosial og psykologisk dimensjon ved seg". I spørreskjemaet ble det først stilt generelle spørsmål om boligen og hjemmet; "Hvilken betydning vurderer du at *hjemmet* har for personer med demens?", "Gjennomføres det hjemmebesøk, i startfasen, for å planlegge tiltak for hjemmeboende personer med demens?" og "Kartlegger du de fysiske forholdene ved boligen?". Deretter ble det stilt flere og mer spesifikke spørsmål om egenskaper ved hjemmet; "Er hjemmets betydning for personen med demens et tema som blir tatt opp?", "Kartlegger du om personen med demens føler seg trygg i eget hjem?", "Kartlegger du om det er gjenstander av spesiell betydning?" og "Kartlegger du spesielle vaner, rutiner, gjøremål i personen med demenss hjemmesituasjon?".

Boligen skal legge til rette for god helse og være i et miljø hvor man føler seg trygg og hjemme. Vi skal først se på de generelle spørsmålene. Vi har tidligere sett at hjemmets betydning for den enkelte vektlegges mer og mer i forskningen. Tabell 5.1 viser demensteamene/demenskoordinatorenes vurdering av hjemmets betydning.

Tabell 5.1

Demensteam/demenskoordinators vurdering av hjemmets betydning for hjemmeboende personer med demens. Prosent. (N 87)

Hvilken betydning vurderer du at hjemmet har for personer med demens?	Prosent	Antall
Stor betydning	95	83
Middels betydning	5	4
Liten betydning	0	0
Ingen betydning	0	0
Total	100	87

Tabell 5.1 viser at så og si alle, 95 prosent, vurderte at hjemmet har stor betydning for personer med demens. Begrepet hjem er uspesifikt og det kan være individuelt hva respondentene legger i det. Dette kan naturligvis være en årsak til den store oppslutningen, men vi må likevel kunne si at resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at demensteamene/demenskoordinatorene mener egenskapene ved det private hjemmet sammen med kjente og trygge omgivelser er viktig for personer som utvikler demens. Tabell 5.2 viser om hjemmets betydning blir tatt opp med personen med demens.

Tabell 5.2

Kommuner/bydeler etter hvorvidt hjemmets betydning for personen med demens er et tema demensteamene/demenskoordinatorerne tar opp. Prosent. (N 84)

Hjemmets betydning- et tema som blir tatt opp?	Prosent	Antall
Alltid /ofte	95	80
Sjelden/aldri	5	4
Total	100	84

Tabell 5.2 viser at også disse resultatene tyder på at hjemmet i dag har en sentral plass i demensutredningen. Det er også her 95 prosent som oppgir at de tar opp hjemmets betydning med personen med demens. Dette er positivt siden vi helsearbeidere kan være med på å fremme helsen i den enkeltes hjem, og at vi da må ta i betraktning hvilken betydning hjemmet har for pasienten og de pårørende og hvordan dette påvirker deres helse (Roush Vaughn et al, 2000).

Som vi innledningsvis har sett anbefales det at utredningen bør foregå i personen med demens sitt eget hjem (Engedal et al, 2005). Veilederen (Ibid) anbefaler at det bør gjennomføres minst ett, helst flere hjemmebesøk. I tillegg anbefales det at det er to som reiser sammen på hjemmebesøk. En kan da snakke med personen med demens mens den andre snakker med pårørende. Bakgrunnen for anbefalinger om at kartleggingen skal utføres i personen med demens sitt eget hjem kan være flere. En årsak kan være at i hjemmet er den som skal utredes på hjemmebane, noe som fører til at personen med demens er tryggere i situasjonen. Demensteamene/demenskoordinatorerne får også verdifulle observasjoner ved å observere personen med demens i sitt eget hjem sammenlignet med å samtale med han/henne på et kontor. På den annen side kan det å utføre hjemmebesøk være mer ressurskrevende enn å ta i mot personen med demens på et kontor. Tabell 5.3 viser hvor mange hjemmebesøk demensteamene/demenskoordinatorerne i denne undersøkelsen rapporterte at ble utført.

Tabell 5.3

Andel kommuner/bydeler etter antall hjemmebesøk i forbindelse med utredning og planlegging av tiltak. Prosent. (N 84)

Antall hjemmebesøk	Prosent	Antall
Ett	20	17
Ett til to	61	51
Flere enn to	19	16
Total	100	84

Tabell 5.3 viser at 4 av 5 gjennomfører flere enn ett hjemmebesøk. Undersøkelsen her har ikke stilt spørsmål om det er utviklet lokale retningslinjer for antall hjemmebesøk eller om de følger anbefalingene fra NKAH. Undersøkelsen sier heller ikke noe om det kan være slik at demensteamene/demenskoordinatorne selv avgjør i hvert enkelt tilfelle hvor mange hjemmebesøk som trengs. En kan tenke seg at personer som har en frontallapdemens, som kan medføre omfattende personlighetsendringer, kan ha behov for flere hjemmebesøk enn andre demenstyper. Undersøkelsen gir heller ikke svar på om demensteamene/demenskoordinatorne i tillegg til hjemmebesøk også kaller personen med demens inn for nærmere utredning.

I undersøkelsen stilte vi også et generelt spørsmål om de betydningsfulle trekkene ved hjemmesituasjonen blir planlagt videreført. Med videreført mener en i denne sammenhengen om opplysningene blir videreformidlet til andre som er/blir involvert i situasjonen for eksempel hjemmetjenesten.

Tabell 5.4

Kommunenes/bydelenes planlegging av videreførelse av betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen. Prosent. (N 86)

Planlegges det hvordan betydningsfulle trekk kan videreføres?	Prosent	Antall
Alltid/ofte	88	76
Sjelden/aldri	12	10
Total	100	86

* Med betydningsfulle trekk menes i denne sammenheng spesielle vaner, rutiner og gjøremål i hjemmesituasjonen.

Tabell 5.4 viser at de fleste (88 prosent) planlegger videreførelse av betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen. 12 prosent planlegger sjelden eller aldri dette. Betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen er egenskaper en kan regne med at betyr mye for personen med demens og som er med på å skape trygghet, forutsigbarhet og kontroll over tilværelsen hans/hennes.

Mange med demensdiagnose vil fortsatt ha gjenlevende ektefelle eller partner. Ektefellen blir i de aller fleste tilfeller betegnet som nærmeste pårørende, men nærmeste pårørende kan også være barn, søsken eller andre sentrale personer i en persons nettverk. Dette er personer som spiller en avgjørende rolle for oppretholdelse av hjemmesituasjonen og som kan representere helt sentrale relasjoner for den de utreder. Pårørende kan være en uvurderlig ressurs både for personen som utvikler demens og for helsepersonell (se for eksempel Nordberg et al, 2005). Pårørende yter omsorg for ektefellen sin og kan tilføye viktige opplysninger i utredningsarbeidet, de kan derfor regnes som viktige informanter i demensutredningen.

Utover de som blir betegnet som de nærmeste pårørende har de fleste også andre (nære) personer i nettverket sitt. I spørreskjemaet er det derfor stilt spørsmål om disse også inkluderes i utredningsarbeidet. Tabell 5.5 viser hva de rapporterte i forhold til dette.

Tabell 5.5

Demenssteamene/demenskoordinatorenes samtaler med barn eller søsken i de tilfellene disse ikke er de nærmeste pårørende. Prosent. (N 86)

Gjennomføres det i tillegg samtaler med barn og eller søsken?	Prosent	Antall
Alltid/ofte	50	43
Sjelden/aldri	50	43
Total	100	86

Tabell 5.5 viser at så mange som halvparten sjelden eller aldri har samtaler med personen med demens sine barn, søsken eller andre når disse ikke er de nærmeste pårørende. En kan anta at personen med demens sine barn spiller en sentral rolle i deres liv og at de samtidig kan være støttespillere for de nærmeste pårørende. Resultatet er noe overraskende med tanke på at disse menneskene kanskje kan tilføre verdifull kunnskap om hjemmesituasjonen. Barn, søsken eller andre som står personen med demens nær ser muligens situasjonen ut fra et annet perspektiv og derfor kan en anta at de kan tilføre nyttige opplysninger i utredningsarbeidet.

Hjemmet kan beskrives og defineres på ulike måter. Ofte så omhandles det i teorien som et abstrakt og generelt begrep. De foregående tabellene har vist hvordan ansvarlig utreder svarer på hvordan mer generelle egenskaper ved hjemmet er ivaretatt i demensutredninger. I denne kartleggingsundersøkelsen er det også stilt mer spesifikke spørsmål om ulike egenskaper ved hjemmet. Her har vi stilt spørsmål både om abstrakte og konkrete egenskaper ved hjemmet som kan sies å tilhøre og inngå i et mer generelt hjembegrep. Disse egenskapene ved hjemmet er listet opp i tabell 5.6 og det vises resultater av hva respondentene rapporterte at de *alltid* kartlegger.

Tabell 5.6

Oversikt over egenskaper ved hjemmet som kommunenes/bydelenes alltid kartlegger.
Prosent. (N 84)

Egenskaper ved hjemmet	Totalt
Kontakt med naboer, venner, kollegaer	11
Bidrag fra naboer, venner, pårørende	31
Kontakt med frivillige hjelpeinstanser	13
Interesser og aktiviteter	58
Yrke	73
Medlem i foreninger	27
Husdyr	46
Fysisk aktivitet	69
Muligheter for å komme seg ut av hjemmet	70
Hytte eller spesielle feriemål	13
De fysiske forholdene ved boligen	82
Fremtidige boligønsker	34
Trygghet i eget hjem	71
Gjenstander som er av spesiell betydning	39
Spesielle vaner, rutiner, gjøremål i personen med demenss hjemmesituasjon	47
Tanker om fremtiden	37
N	84

Tabell 5.6 viser at over halvparten kartlegger interesser og aktiviteter (58 prosent), fysisk aktivitet (69 prosent), muligheter for å komme seg ut av hjemmet (70 prosent), trygghet i eget hjem (71 prosent), yrke (73 prosent) og hele 82 prosent kartlegger det fysiske ved boligen.

De mer konkrete egenskapene ved hjemmet blir i mindre grad kartlagt, kun 11 prosent kartlegger kontakt med venner, naboer og kollegaer og 13 prosent kartlegger eventuell kontakt med frivillige hjelpeinstanser (Frivillighetssentralen eller Røde Kors besøkstjeneste). Det er mange i Norge som har hytte og en kan tenke seg at dette er et sted som personen med demens i så fall har tilbrakt mye tid og som de har mange minner om. Kun 13 prosent kartlegger om personen med demens har hytte eller andre spesielle feriemål. I forhold til tanker om fremtiden er det 37 prosent som kartlegger dette og 34 prosent som kartlegger fremtidige boligønsker. Betydningsfulle trekk ved hjemme situasjonen (vaner, rutiner og gjøremål) og gjenstander som er av spesiell betydning blir kartlagt av henholdsvis 47 prosent og 39 prosent.

Vi kan tenke oss at organiseringen av utredningsarbeidet kan påvirke hva som blir vektlagt i en demensutredning. Demensteam kan være en organiseringsform som kan gi utredningsarbeidet et bredere fokus enn dersom en velger å ha bare en demenskoordinator som ansvarlig for arbeidet. I demensteamet deltar flere ulike faggrupper som påvirker arbeidet med sine ulike perspektiver. Flere ulike faglige perspektiver kan med denne organiseringsformen komme til å gjøre seg gjeldende.

Tabell 5.7 sammenligner demensteam og demenskoordinatorenes kartlegging av egenskaper ved hjemmet. Skiller de kommunene som kun har demenskoordinator seg fra andre kommuner når det gjelder enkelte aspekter av utredningsarbeidet? En demenskoordinator vil naturligvis være mer alene om arbeidet og ansvaret for utredningene enn hva som er tilfelle for de som jobber i kommuner som har en teamorganisering. Jeg har derfor i denne analysen slått sammen kommuner som har demensteam og kommuner som har både demensteam og demenskoordinator.

Tabell 5.7

Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har demensteam og/eller demenskoordinator. Prosent. (N 84)

Kartleggingsområder	Demensteam/både demensteam og demenskoordinator	Kun demenskoordinator	Totalt
Kontakt med naboer, venner, kollegaer	8	18	11
Bidrag fra naboer, venner, pårørende	31	36	31
Kontakt med frivillige hjelpeinstanser	11	30	13
Interesser og aktiviteter	56	73	58
Yrke	73	73	73
Medlem i foreninger	23	55	27
Husdyr	43	73	46
Fysisk aktivitet	67	82	69
Muligheter for å komme seg ut av hjemmet	70	73	70
Hytte eller spesielle feriemål	12	18	13
De fysiske forholdene ved boligen	82	82	82
Fremtidige boligønsker	32	46	34
Trygghet i eget hjem	71	73	71
Gjenstander som er av spesiell betydning	40	36	39
Spesielle vaner, rutiner, gjøremål i personen med demens hjemmesituasjon	49	36	47
Tanker om fremtiden	39	27	37
N	72	11	84

Tabell 5.7 viser at det er vanskelig å trekke bastante konklusjoner på grunnlag av disse resultatene på grunn av det reelt sett lille utvalget og at det er forholdsvis få kommuner (13 prosent) som kun har demenskoordinator. Imidlertid kan vi kanskje si at resultatene antyder at det ikke er grunn for å si at demensteam gjennomfører mer omfattende kartlegginger enn kommuner som har demenskoordinator som det eneste utredningstilbudet. Vi ser at for de fleste av områdene så rapporterer flere av kommunene med bare demenskoordinator at områdene alltid blir kartlagt. Unntaket er kartlegging av gjenstander og spesielle vaner, rutiner og gjøremål. På disse områdene er det litt høyere andel blant kommuner som har demensteam eller begge deler som kartlegger disse egenskapene ved hjemmet.

Selv om bolig- og hjembegrepene ofte omtales som ulike begrep, henger de nært sammen. I analysen har jeg også sett på om ulike faggruppers perspektiver spiller inn i forhold til hvilke egenskaper ved hjemmet som blir kartlagt. Boligtilrettelegging er et tema som tradisjonelt sett tilhører ergoterapeutens arbeidsområde. De demensteamene som ikke har tilknyttet ergoterapeut har derfor kanskje mindre oppmerksomhet rettet mot boligtilrettelegging? Imidlertid har det i lengre tid vært en generell oppmerksomhet på betydningen av fysisk tilrettelegging for eldre og en kan derfor anta at også andre faggrupper vektlegger dette. Spørsmålene jeg stilte demensteamene/demenskoordinatorerne om fysiske forhold ved boligen var relativt overordnede og generelle. Det er rimelig å regne med at dette er forhold som ergoterapeuter i større grad enn andre faggrupper sørger for at blir belyst i utredningsarbeidet. Det kunne derfor være rimelig å forvente at demensteam som har tilknyttet ergoterapeut oftere enn andre tar opp de ulike hjemaspektene. På den andre siden har Eldres hjem vært sykepleiernes arbeidsplass gjennom flere tiår og det har også de senere årene kommet litteratur og forskning som tar opp hjemmets betydning for eldre (for eksempel Roush Vaughn et al, 2000). I så fall skulle det være slik at demensteam med tilknyttet ergoterapeut *ikke* skiller seg ut med tanke på vektlegging av egenskaper ved hjemmet. Neste tabell viser forskjeller i forhold til om kommunene har ergoterapeut tilknyttet demensutredningen eller ikke.

Tabel 5.8

Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har ergoterapeut tilknyttet demensutredningen. Prosent. (N 76)

Kartleggingsområder	Ergoterapeut tilknyttet	Ikke tilknyttet ergoterapeut	Totalt
Kontakt med naboer, venner og kollegaer	7	11	9
Bidrag fra naboer, venner og pårørende	45	24	33
Kontakt med frivillige hjelpeinstanser	10	11	11
Interesser og aktiviteter	68	50	57
Yrke	81	70	74
Medlem i foreninger	29	22	25
Husdyr	48	39	43
Fysisk aktivitet	63	72	68
Muligheter for å komme seg ut av hjemmet	74	70	71
Hytte eller spesielle feriemål	7	15	12
De fysiske forholdene ved boligen	90	78	82
Fremtidige boligønsker	45	24	32
Trygghet i eget hjem	81	67	73
Gjenstander som er av spesiell betydning	32	46	40
Spesielle vaner, rutiner, gjøremål i personen med demens hjemmesituasjon	50	50	50
Tanker om fremtiden	45	33	38
N	45	31	76

Tabell 5.8 viser at det er flere av kommunene med ergoterapeut tilknyttet som rapporterer om at ulike aspekt ved boligen og hjemmet kartlegges. Dette gjelder for bidrag fra naboer, venner og familie (45 prosent sammenlignet med 24 prosent), interesser og aktiviteter (68 prosent sammenlignet med 50 prosent), husdyr (48 prosent sammenlignet med 39 prosent), de fysiske forholdene ved boligen (90 prosent sammenlignet med 78 prosent), framtidige boligønsker (45 prosent sammenlignet med 24 prosent) og trygghet i eget hjem (81 prosent sammenlignet med 67 prosent).

Derimot viser tabellen at hjemaspektet som handler om gjenstander av spesiell betydning (32 prosent sammenlignet med 46 prosent), hytte og feriemål (7 prosent sammenlignet med 15 prosent) og spesielle vaner, rutiner, gjøremål tilknyttet hjemmet (50 prosent sammenlignet med 50 prosent), ikke i like stor grad påvirkes av om det er det er tilknyttet ergoterapeut eller ikke.

Den neste tabellen (5.9) viser i hvilken grad lege er tilknyttet eller ikke har noen betydning for hvilke områder som kartlegges.

Tabell 5.9

Andel kommuner/bydeler som alltid kartlegger følgende forhold etter om dem har lege tilknyttet demensutredningen. Prosent. (N 77)

Kartleggingsområder	Lege tilknyttet	Ikke lege tilknyttet	Totalt
Kontakt med naboer, venner og kollegaer	4	12	9
Bidrag fra naboer, venner og pårørende	33	33	33
Kontakt med frivillige hjelpeinstanser	14	29	11
Interesser og aktiviteter	59	56	57
Yrke	78	72	74
Medlem i foreninger	22	26	25
Husdyr	44	42	43
Fysisk aktivitet	80	62	68
Muligheter for å komme seg ut av hjemmet	70	72	71
Hytte eller spesielle feriemål	11	12	12
De fysiske forholdene ved boligen	72	88	82
Fremtidige boligønsker	28	35	32
Trygghet i eget hjem	82	68	73
Gjenstander som er av spesiell betydning	41	40	40
Spesielle vaner, rutiner, gjøremål i personen med demens sin hjemmesituasjon	56	47	50
Tanker om fremtiden	52	31	38
N	27	50	77

Tabell 5.9 viser at det er liten forskjell mellom de demensteamene som har lege tilknyttet utredningsarbeidet og de som ikke har det. Dette er heller ikke så overraskende i og med at vi må anta at det er andre faggrupper enn leger som vil ha et hovedansvar for omsorg og tilrettelegging tilknyttet de aspektene som vi her har spurt om og som vi derfor har behov for kunnskap om.

På noen områder er det imidlertid noe større andel blant de kommunene/bydelene som har lege tilknyttet som rapporterer positivt på at disse egenskapene blir kartlagt. Disse områdene er; fysisk aktivitet (80 prosent sammenlignet med 62 prosent), trygghet i eget hjem (82 prosent sammenlignet med 68 prosent) og tanker om fremtiden (52 prosent sammenlignet med 31 prosent). Felles for de demensteamene som har lege tilknyttet utredningsarbeidet er at de oftere kartlegger det som kan kalles "individorienterte aspekt". Når det gjaldt demensteam med ergoterapeut tilknyttet så vi at de oftere rapporterer om aspekt som har med omgivelsene å gjøre.

5.1 Oppsummering av resultatene

I dette kapittelet har resultater om hvordan bolig- og hjemaspektene blir ivaretatt i demensutredningen blitt presentert.

Mange mener at hjemmet er viktig for personer med demens (95 prosent) og vi har sett at mange har oppmerksomhet omkring hjemmet i demensutredninger. Dette gjelder så godt som alle. Derimot har det framkommet større variasjoner når vi har stilt mer konkrete spørsmål om ulike bolig – og hjemsaspekt. Vi har da sett at de fysiske aspekt ved boligen blir kartlagt i større grad enn egenskapene ved hjemmet. Hele 82 prosent kartlegger det fysiske ved boligen, mens kun 11 prosent kartlegger kontakt med venner, naboer og kollegaer og 13 prosent kartlegger eventuell kontakt med frivillige hjelpeinstanser (Frivillighetsentralen eller Røde Kors besøkstjeneste). Når det gjelder tanker om fremtiden, er det 37 prosent som kartlegger dette og 34 prosent som kartlegger fremtidige boligønsker. Betydningsfulle trekk ved hjemme situasjonen (vaner, rutiner og gjøremål) og gjenstander som er av spesiell betydning blir kartlagt av henholdsvis 47 prosent og 39 prosent. Kun 13 prosent kartlegger om personen med demens har hytte eller andre spesielle feriemål.

Resultatene antyder at det ikke er grunn for å si at demensteam gjennomfører mer omfattende kartlegginger enn kommuner som har demenskoordinator som det eneste utredningstilbudet. Flere av kommunene med ergoterapeut tilknyttet rapporterer om at ulike

aspekt ved boligen og hjemmet kartlegges enn de som ikke har denne faggruppen tilknyttet. Dette er som forventet. Boligen og ytre omgivelser kan oppfattes som tradisjonelt å være ergoterapeutens ansvarsområder. Det kan se ut som ergoterapeutens tilstedeværelse bidrar i en viss grad til å sikre enkelte bolig- og hjemaspekt. Vi har også sett at det er noen forskjeller avhengig av om lege er tilknyttet demensteamet eller ikke. Det at deltakelse fra ulike faggrupper kan komme til å påvirke innholdet og perspektivet i demensutredningen, viser at andre faktorer enn spesialutviklede utredningsverktøy kan få betydning for hvordan denne type utredning blir. Vi må regne med at uavhengig av hvordan utredningsverktøyet utvikles, så vil det faglige skjønnet komme til å spille en rolle og prege denne type kartlegginger.

Det neste kapitlet diskuterer hovedfunnene og hvilken plass hjemmet har i demensutredningen i denne undersøkelsen.

6.0 HJEMMETS Plass I DEMENSUTREDNINGEN

Denne undersøkelsen skulle blant annet svare på organisering og forankring av demensutredningen samt hvilke faggrupper som deltar. 2 av 3 kommuner var organisert i form av demensteam. Sykepleiergruppen er nesten alltid representert i demensutredningen. Det er forskjeller mellom små og store kommuner som har deltatt i denne undersøkelsen når det gjelder hvilke faggrupper som deltar i utredningsarbeidet og hvor arbeidet er forankret. Store kommuner har en bred representasjon av faggrupper og små kommuner har en bedre forankring i kommunene, ved at arbeidet både er forankret i sykehjem og hjemmetjenesten. Vi har sett at det ikke er grunn for å si at organisasjonsmodell har betydning for hvilke hjem- og boligaspekt som kartlegges.

I dette kapittelet blir hjemmets plass i demensutredningen løftet frem og diskutert i lys av funn i denne undersøkelsen og tidligere litteratur og forskning.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at det er bred konsensus om at hjemmet har stor betydning for personer med demens. Dette kan vi si fordi 95 prosent av demensteamene/demenskoordinatorerne anser hjemmet som av stor betydning for personer med demens og 96 prosent spør personen med demens hvilken betydning hjemmet har for han eller hun. Funnene viser likevel et sprik mellom hvor viktig de anser hjemmet for å være på den ene siden, og på den andre siden hvilke egenskaper eller aspekter ved boligen og hjemmet som de faktisk kartlegger. 82 prosent av demensteamene/demenskoordinatorerne rapporterer at de fysiske forholdene ved boligen alltid blir kartlagt, mens egenskapene ved hjemmet blir kartlagt i mindre grad. Gjenstander blir kartlagt av 39 prosent og betydningsfulle trekk (vaner, rutiner og gjøremål) ved hjemmesituasjonen blir kartlagt av 47 prosent. Det er få, 13 prosent, som kartlegger om personen med demens har hytte eller andre ferie/reisemål, men nesten halvparten, 46 prosent, kartlegger om personen med demens har husdyr. Dette spriket kan ha mange årsaker, for det første kan en praktisk årsak til dette være at det er stort arbeidspress i kommunehelsetjenesten og demensteamene/demenskoordinatorerne må foreta noen valg i forhold til hva de skal vektlegge i utredningsarbeidet. Det er da kanskje naturlig og logisk å begynne med kartlegging av de fysiske forholdene og utbedre/sette inn tiltak der først? Men på den andre siden kan det ha å gjøre med kunnskap og faggruppenes oppmerksomhet.

Vi vet at demens er en progredierende sykdom som fører til at de fleste får behov for hjelpetiltak utover det som kan tilbys i hjemmet. I en tidlig fase av demenssykdommen kan

mange personer med demens fortsatt gjøre rede for sine ønsker og et interessant funn er at under halvparten, 37 prosent, kartlegger personen med demens sine tanker om fremtiden. Fremtidsplaner kan også inneholde tanker om fremtidig bosituasjon. I denne undersøkelsen rapporterer godt under halvparten (34 prosent) at de kartlegger dette. Dette er kanskje noe overraskende med tanke på at demens er en progredierende sykdom og de fleste trenger en plass med heldøgns omsorg etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det kan være flere årsaker til at så få demensteam/demenskoordinatorer kartlegger dette. En årsak kan være at kommunene ikke har et mangefarget tilbud å tilby de som trenger heldøgns omsorg og pleie, og at demensteamene/demenskoordinatorene derfor kvier seg for å ta opp dette temaet. Fordi det i liten grad er mulig å velge bosted i fremtiden, blir dette heller ikke et tema i utredningen. Likevel kan en undre seg over at de i så liten grad spør personen med demens når han eller hun fortsatt er i stand til å uttrykke sine ønsker. Det kan være rimelig å anta at dersom de fikk ytret sin mening i forhold til fremtidige boligønsker, kunne de følt seg mer delaktige i sin egen situasjon og utrederen kunne få viktig innsikt og forståelse som kan være betydningsfull i det videre arbeidet.

En av egenskapene ved hjemmet er den tryggheten det gir. Imidlertid vet vi at eldre kan føle seg uttrygge og redde i sitt eget hjem og dette kan føre til at hjemmet kan miste sin positive betydning for den enkelte (Alsvåg, 2008). Det er derfor viktig å kartlegge hvorvidt personen med demens føler seg trygg i eget hjem og dette rapporterte 71 prosent av de spurte at de gjør.

Egenskaper ved hjemmet bør inkluderes i utredning av personer med demens. Hvordan kan vi hjelpe demensteamene/demenskoordinatorene til å kartlegge dette bedre? Vi har sett at de vurderer at hjemmet har stor betydning, men skårer ikke like høyt på alle de egenskapene vi her har stilt spørsmål om. Vi har sett at de aller fleste, 97 prosent, rapporterer at de benytter utredningsverktøyet alltid eller ofte. Det er derfor rimelig å tenke seg at dersom egenskaper ved hjemmet ble innlemmet i utredningsverktøyet, vil flere komme til også å omhandle dette i utredningsarbeidet.

Det kom, som innledningsvis nevnt, i 2009 en revidert versjon av utredningsverktøyet. Den reviderte versjonen har inkludert spørsmål om hvordan den som utredes opplever situasjonen sin. Eksempel på spørsmål er; "Hvordan synes du selv at du har det?" og "Er det noe du kunne tenke deg var annerledes i tilværelsen din (mer hjelp, sosial kontakt m. m). Det kunne være viktig å utvide denne delen til å omfatte kartlegging av egenskaper ved hjemmet.

Aktuelle spørsmål en kunne utvidet utredningsverktøyet med er for eksempel;

- Hvilke gjenstander her hjemme er av spesiell betydning for deg?
- Dersom det skulle bli aktuelt å flytte, hvilke gjenstander er viktig for deg å ta med?
- Hvilke vaner, rutiner og gjøremål fyller du hverdagen din med?
- Har du hytte eller andre reisemål som betyr mye for deg?
- Hvilke aktiviteter ville du satt pris på å fortsette med?
- Har du noen fremtidsplaner og ønsker?

Et slikt tillegg til det eksisterende utredningsverktøyet kan gjøre det lettere for utrederen og ta opp betydningen av hjemmet og dermed få et bedre grunnlag for planlegging av hjelpetiltak. Og således kan hjemmets betydning få en større plass i demensutredningen. Denne undersøkelsen kan være et argument for at en bør inkludere egenskaper ved hjemmet i demensutredningen.

7.0 AVSLUTNING

Denne undersøkelsen bygger på resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant 87 kommuner/bydeler hvor demensteamene/demenskoordinatorne ble bedt om å rapportere hvorvidt de kartlegger noen egenskaper ved boligen og hjemmet. Denne undersøkelsen har sett spesifikt på om ulike egenskaper ved hjemmet kartlegges i demensutredninger. Nettopp med bakgrunn i at dette kan være nyttig kunnskap i planlegging av videre tiltak for personer med demens. Samlet sett kan en si at resultatene av denne undersøkelsen viser at demensteamene/demenskoordinatorne legger vekt på kartlegging av den fysiske utformingen av boligen, men mindre på innholdet i boligen (hjemmet).

Kartlegginger bør gi resultater og føre til konkrete tiltak for den som utredes. Men kartlegginger kan aldri være mer enn et hjelpereidskap i planlegging av tiltak og i omsorg til den enkelte.

Vi vet at ved noen sykehjem i dag så fyller pårørende ut "livshistorieskjema" når personen med demens flytter inn på sykehjemmet. Men det kan kanskje være hensiktsmessig å begynne på dette livshistorieskjemaet mens personen med demens fortsatt bor hjemme og kan gjøre rede for sine ønsker? Opplysninger vi får om den eldre ved flytting, kan danne et grunnlag for utforming av tjenestetilbudet og kan legge et grunnlag for at hver enkelt får individuelt tilrettelagte tjenester og at helsevesenet får et godt samarbeid med personen med demens, pårørende, nærmiljøet og andre. Men underveis i oppholdet vil de ansatte få en nærmere kjennskap til den enkelte pasient/beboer behov og situasjon. Dette må være et hovedgrunnlag for omsorgen og tiltak. Opplysninger som fremkommer i et "livshistorieskjema", vil bare være et supplement. Slik bør vi også forstå kunnskap som fremkommer i en – eller kanskje to kartleggingssamtaler. De kan gi viktig kunnskap om den enkelte og om forhold som er av betydning for den enkelte. Dette kan gi et grunnlag for forståelse av den enkeltes behov og situasjon. Men dersom kartleggingssamtaler gir grunnlag for iverksetting av tiltak, må de opplysninger som fremkommer i hjemmebesøk i kartlegginger hele tiden suppleres med opplysninger, innsikt i og forståelse for personen med demens sin helhetlige situasjon og behov som kommer frem i vårt videre arbeid med personen med demens.

Resultater fra kartlegginger må ikke bare modifiseres og utfylles med opplysninger, men også med kjennskapen vi får til personen med demens i vårt daglige arbeid med- og i omsorg for personen med demens. Dersom opplysninger om hjemmet som fremkommer i

kartlegginger skal danne grunnlag for videre arbeid, er det særs viktig at disse sees i lys av annen kunnskap og opplysninger som fremkommer om personen med demens i kartleggingen. Vi har innledningsvis sett at hjemmet kan endre betydning for personer når de får en demensdiagnose. Den betydningen hjemmet har for personen med demens må sees i lys av hvilke behov og situasjonen som demenssykdommen medfører. Særlig blir dette sentralt sett i lys av den sterke vekten som det i dag er på målet om at den gamle skal få bo hjemme lengst mulig. Og hvem bestemmer at nå går det ikke lengre? Og hvilke faktorer utløser behovet for heldøgns pleie- og omsorg? Dette er aspekter denne undersøkelsen ikke har studert. Aase-Marit Nygård (s. 7. I: Amdal, 1992) reflekterte slik over dette; "Er det lykken å sitte alene, apatisk, full av angst? Er det livskvalitet? Men mener man virkelig noe med uttrykket "bo hjemme så lenge som mulig", vil det koste penger. For aldersdemente betyr det flere daghjemsplasser, avlastningsplasser, bedre oppfølging av de ansatte, mer hjelp i hjemmet".

Denne undersøkelsen bygger på data samlet inn ved hjelp av spørreskjema. I videre forskning kunne det vært interessant å gjennomføre utdypende studier av hvilken betydning hjemmet kan ha for personer med demens. Både å få frem den enkelte med en demens diagnose sin egen oppfatning og vurdering av situasjonen og pårørendes situasjon kunne være av stor interesse.

Samfunnsforhold og dermed boforhold vil endre seg i fremtiden, men uansett kommer hjemmet til å spille en sentral rolle i fremtidens demensomsorg. Vi har behov for mer kunnskap om hvordan hjemmet kan tilrettelegges, hvilke tjenester som bør utvikles for å skape et godt hjem og hvordan den eldre kan videreføre hjemmet ved for eksempel innleggelse i sykehjem. Kunnskap innenfor alle disse områdene er viktig med tanke på muligheten for å utvikle tiltak for å hjelpe til at personer med demens skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og like så viktig muligheten for å ta med seg egenskaper ved eget hjem ved flytting. Det er grunn til å fremheve betydningen av individuell tilrettelegging. Kartlegginger vil bare være et av flere redskaper i arbeidet med å bevare et godt hjem og oppleve en god alderdom for personer med demens.

BIBLIOGRAFI

- Abraham, I.L. (2005). Dementia and Alzheimer`s Disease: A Practical Orientation. *Nurs Clin N Am* 41; 119-127.
- Alsvåg, H. (2008). Å føle seg hjemme- i egen bolig og på sykehjem? I: Hauge & Jacobsen (red.). (2008). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Amdal, J. (1992). Tiltakskjede for aldersdemente. *Hjelpepleieren*, vol 6, s. 6-7.
- Andrén, S. & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers` subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vol 19, 157-168.
- Andrews, G.J. (2002). Towards a more place-sensitive nursing research: an invitation to medical and health geography. *Nursing Inquiry* 9 (4): 221-238.
- Brawley, E.C. (1997). *Designing for alzheimer`s disease. Strategies for creating better care enviroments*. USA: John Wiley & sons, Inc.
- Bridges-Webb, C., Giles, B., Speechly, C., Zurynski, Y & Hiramaneek, N. (2007). Patients with Dementia and Their Carers. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1114; 130-137.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red.). (2007). *Under tak- mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Bull, G. & Magnus, I.J., (1996). *Omgivelser er terapi*. Sem: INFO- banken.
- Carmines, E.G & Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assesment*. London: Sage publication.
- Clausen, Valset, Blekesaune & Romøren. I: Slagsvold & Solem. (red.). (2005). *"Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre"*. Oslo: NOVA
- Danielsen, K. (2008). Hjem og hjemlighet gjennomlivsløpet. I: Hauge og Jacobsen (red.). (2008). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Daatland & Herlofson. I: Slagsvold & Solem. (red.). (2005). *"Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre"*. Oslo: NOVA.

- Dyb, E., Solheim, L.J. & Ytrehus, S. (2004). *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Eek, A & Nygård, Aa-M. (2006). *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Eikemo, T.A & Clausen, T.H. (2007). *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Engedal K, & Haugen PK. (1993). The prevalence of dementia in a sample elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry*; 8: 565–70.
- Engedal. K. I: Engedal & Bruun Wyller. (red.). 2004. *Aldring og hjernesykdommer*. (1. utg.). Oslo: Akribe.
- Engedal, K. (2005). Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 125:1188-90.
- Engedal, K., Brækhus, A., Lillesveen, B & Breien, A.T. (2005). *Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Utredningsverktøy til bruk for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Engedal, K. (2005). *Veilder til utredningsverktøyet*. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Engedal, K. & Haugen, P.K (2006). *Lærebok i demens. Fakta og utfordringer*. (4.utg.).Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.
- Everett, E.L. & Furseth, I. (2004). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hammervold, R. (2008). *En kort innføring i SPSS (foreløpig utgave)*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T.I. (2002). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir?- ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Dr.polit. avhandling. Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Universitetet i Oslo.

Hellevik, O. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

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

Henriksen, N., Møller, K. & Knudstrup, M.A. (2006). *Trivsel og boligform*. Odense: CAST. Syddansk Universitet.

Hjalmarsen, I. (2006). *Demensteam. Ett steg framåt för hemtjänsten. En utvärdering av ett kompetensfondsprojekt i Bromma*. Stiftelsen Stockholms Läns Äldercentrum, nr 10.

Holthe, T., Thorsen, K., & Josephsson, S. (2007). Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, ss. 96-107.

Ingebretsen, R. & Solem, P.O. (2002). *Aldersdemens i parforhold*. Nova: Forskningsrapport.

Kilvik, A. & Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. (2.utg). Trondheim: tapir akademiske forlag.

Kaasa, K. (2004) *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. Oslo: Univeritetsforlaget.

Lundemo, E. (2007). Demensteam i Gausdal kommune. *Demens & Alderspsykiatri*, vol. 11- nr. 2, s. 35-36.

- Mauseth Woll. (2007). Å ha et beboerperspektiv på hjemmebesøk. I: Brodtkorb & Rugkåsa (red.), 2007. *Under tak- mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Nordberg, G., von Strauss, E., Kåreholt, I., Johanssons, L. & Wimo, A. (2005). The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons—results from a Swedish population-based study. *International journal of geriatric psychiatry*, 20: 862–871.
- Nordström, M. & Dunèr, A. (2003). *Bevilja och ta emot hjälp. Om bistandsbedömare och äldre i kommunal äldreomsorg*. FoU i Väst rapport nr 5.
- Normann, H.K. (2008). Hjemmeopplevelse hos personer med demenssykdom. I: Hauge & Jacobsen (red.). (2008). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nordtvedt, F. (1998). *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nystrøm, L. (2007). Boligens arkitektur. I: Brodtkorb & Rugkåsa (red.), 2007. *Under tak- mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. (8th ed.utg)*. Philadelphia,Pa: Lippincott Williams & Wilikins.
- Romøren, T.I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Roush Vaughn, C & Cox, E.J. (2000). The Meaning of Home: how it shapes the practice of Home and Hospice care. *Home Healthcare Nurse*, 18, (6).
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Tidsskrift for *Den norske lægeforening*, nr. 11; 125;1500-2.
- Slagsvold & Solem. (red.). (NOVA rapport 11, 2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA.

Solem, Hansen & Hasle. I: Slagsvold og Solem. (red.). (2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA.

Socialdepartementet. (2003). *På väg mot en god demensvård*. Stockholm: Regjeringskansliet.

Socialdepartementet. (1992). *NOU 1992:1 Trygghet-Verdighet-Omsorg*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedepartementet. (1994-1995): *Velferdsmeldingen*. St. meld. nr. 35,

Sosial- og helsedepartement. (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. St.meld. nr. 28.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. IS-1486. Sosial og Helsedirektoratet.

Stang, G. (2000). Eldre, helse og omsorg. I: Noreik, K. og Stang, G. (red.). *Lærebok i sosialmedisin* (s.275-287). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thompson, C.A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C. & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 7, 1-12.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, K. (1998). *Kjønn, livsløp og alderdom. En studie av livshistorier, selvbilder og modernitet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, K. (2008). Betydningen av hjemmet i eldre år. I: Hauge & Jacobsen (red.). (2008). *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Tinker, A. (1997). The environment of ageing. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 352, 1861-1869.

Tucker, A. (1994). In Search of Home. *Journal of Applied Philosophy*, vol 11, nr 2., s. 181-187.

Thøren, T. (2001). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. (D. Gjestland, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ytrehus, S. (2004). *Mellom modernitet og tradisjon. Unge eldres syn på flytting*. Dr.polit. avhandling. Universitetet i Bergen.

Ytrehus, S. & Nuland, B-R. (2007). *Gull eller gråstein. Staus for rekruttering og kompetanseutvikling I helse- og sosialsektoren*. Fafo-rapport 2007:21. Oslo: Allkopi AS

Öresland, S. (2008). *An Analysis of Patients` and Nurses` Descriptions of Home-based Nursing Care- with focus on etihics and gender*. Departement of Nursing. National Graduate School Of Gender Studies. Sverige: Umeå Universitetet.

Westerberg, T.H. (red.). (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen- demensteam, dagsenter og pårørendeskoler. Kartlegging 2007*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Wrålsen, Å. (1995). *Hva skal vi gjøre med mamma? Om organisering av tilbud til aldersdemente i primærhelsetjenesten*. Rapport nr. 17. Tønsberg: INFO-banken.

**VEDLEGG 1 - Kvittering på melding om behandling av
personopplysninger, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS,
(NSD)**



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Siri Ytrehus
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud
Postboks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 11.11.2008

Vår ref :20109 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20109	<i>Planlegging av tiltak i utredningsfasen hos hjemmeboende personer med demens. Hvilke egenskaper ved hjemmet kartlegger demensutredningene i Norge?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Siri Ytrehus</i>
Student	<i>Kirsten Langåsaldalen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

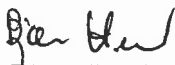
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kirsten Langåsaldalen, Øvre Langgate 21, 3110 TØNSBERG



Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven § 8 første ledd (samtykke).

Utvalget er ansatte i demensteam i kommunene, til sammen ca. 119 personer. Formålet med undersøkelsen er å finne svar på hvilke egenskaper ved hjemmet som kartlegges av demensutrederne. Opplysningene samles inn ved hjelp av spørreskjema.

Deltakerne samtykker ved å besvare spørreskjemaet. I spørreskjemaet inngår det spørsmål om deltakerens kommunenummer, stillingstittel og telefonnummer.

Informasjonen som gis til deltakerne er noe mangelfull fordi det ikke opplyses om dato for anonymisering av datamaterialet. Ombudet legger til grunn at deltakerne informeres om at datamaterialet anonymiseres senest ved prosjektslutt 15.06.2009.

Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller skrives om. Koplingsnøkkel skal slettes.

VEDLEGG 2 - Informasjonsskriv



Forespørsel til demensteam eller demenskoordinator om deltakelse i spørreundersøkelsen:

Planlegging av tiltak i utredningsfasen hos hjemmeboende personer med demens

I forbindelse med en masteroppgave ved Høgskolen i Buskerud, gjennomføres det en spørreundersøkelse om hvilke egenskaper ved hjemmet som kartlegges av "demensutrederne" i Norge. I den forbindelse håper jeg du vil ta deg tid til å svare på vedlagte spørreskjema.

Undersøkelsenes formål og bakgrunn

Hovedproblemstillingen i spørreundersøkelsen er; *"Hvilke egenskaper ved hjemmet kartlegger demensutrederne i Norge?"*. I det vedlagte spørreskjemaet er det trukket ut *noen* aspekter ved hjemmet. Et utgangspunkt for spørreundersøkelsen er Demensutredning- Utrednings- og kartleggingsverktøy for leger og pleie- og omsorgspersonell (2005) utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for demens. Målet for undersøkelsen er å belyse hjemmets betydning for hjemmeboende personer med demens og ideologien om at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. En annen bakgrunn er det faktum at Norge står overfor store utfordringer i forhold til antall eldre og dermed også i forhold til det økende antallet hjemmeboende personer med demens. I denne sammenhengen betyr hjemmeboende at de ikke har flyttet til en form for tilpasset bolig.

Praktisk informasjon

Spørreskjemaet blir sendt til kommuner som har organisert demensutredning i form av demensteam eller demenskoordinator. Oversikt over disse kommer fra Nasjonalt kompetansesenter for demens. *Det er ønskelig at de som har den praktiske kontakten med hjemmeboende personer med demens svarer på spørreundersøkelsen.*

Vedlagte spørreskjema inneholder disse temaområdene:

- kommunefakta
- organisering av demensutredning
- pårørende og nettverk
- interesser og aktiviteter
- bolig og hjem

Nasjonalt kompetansesenter for demens og utviklingsprogrammet "Vanskeligstilte på boligmarkedet" (Siri Ytrehus, NOVA og Husbanken) har bistått med veiledning i planleggingen av undersøkelsen.

Undersøkelsen er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og alle opplysninger vil bli behandlet etter lovbestemte regler. Resultatene blir presentert i anonymisert form i masteroppgaven og det vil ikke være mulig å identifisere informantene i resultatene av undersøkelsen når disse publiseres.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Ønsker du å delta, bes du fylle ut vedlagte spørreskjema og returnere det i den ferdigfrankerte returkonvolutt som ligger vedlagt. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i undersøkelsen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål, kan Kirsten Langåsdalen kontaktes på telefon **41 23 24 93**. Veileder på masteroppgaven er Siri Ytrehus, professor i eldreomsorg ved Høgskolen i Buskerud.

Svarfristen er 10.november 2008. For å oppklare eventuelle uklarheter vil du bli oppringt av undertegnende etter at dette er mottatt.

Hilsen
Kirsten Langåsdalen, masterstudent

VEDLEGG 3 - Spørreskjema



Planlegging av tiltak hos hjemmeboende personer med demens. Med fokus på kartlegging av egenskaper ved hjemmet i demensutredningen

Svarfrist 10.november 2008

Kommunefakta og organisering av demensutredning

Kommunennummer.....

Informantens (din) stillingstittel, fagbakgrunn og

telefonnummer.....
.....

1. Er du tilknyttet et demensteam eller er du demenskoordinator? Ett kryss mulig.

Demensteam Demenskoordinator Tilknyttet begge

2. Hvor lenge har du vært ansatt i demensteamet eller som demenskoordinator? Ett kryss mulig.

1 år 2 år Lengre enn 2 år

3. Hvor er demensteamet/demenskoordinatoren forankret? Flere kryss mulig.

Sykehjem, generelt

Hjemmetjenesten

Sykehjem, korttidsavdeling

Dagsenter

Skjermet enhet ved sykehjem

Bestillerkontor

Sykehjem, somatisk avdeling

Annet sted

Hvis du ikke arbeider i et demensteam, men er demenskoordinator, gå til spørsmål nummer 6.

4. Hvordan er personalsammensetningen i demensteamet? Flere kryss mulig, sett kryss for de faggruppene som deltar i demensteamet.

Lege Sykepleier Ergoterapeut Fysioterapeut Hjelpepleier Andre

5. Hvilken fagbakgrunn har lederen av demensteamet? Ett kryss mulig.

Lege Sykepleier Ergoterapeut Fysioterapeut Hjelpepleier Andre

6. Bruker du kartleggingsverktøyet som er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for demens i forbindelse med utredning med tanke på planlegging av tiltak? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri



7. Nevn eventuelt andre verktøy eller metoder du bruker, eller bruker i tillegg til kartleggingsverktøyet fra Nasjonalt kompetansesenter for demens:

.....
.....
.....

Pårørende og nettverk

8. Hvilken betydning vurderer du at nettverket (pårørende, naboer, kollegaer, venner og andre sentrale personer) har for at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig? Ett kryss mulig.

Stor betydning Middels betydning Liten betydning Ingen betydning

9. Gjennomføres det samtaler med vedkommendes nærmeste pårørende i forbindelse med planlegging av tiltak? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

10. Gjennomføres det, i tillegg, samtaler med vedkommendes barn og søsken i forbindelse med planlegging av tiltak (dersom disse *ikke* er nærmeste pårørende)? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

11. Hvis du har samtaler med pårørende, hvor mange samtaler gjennomføres? Ett kryss mulig.

En samtale To til tre samtaler Flere enn tre samtaler

12. Kartlegger du andre personer (naboer, venner, kollegaer) som er viktige for vedkommende? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

13. Kontakter du noen av disse? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

14. Kartlegger du på hvilke områder disse og pårørende bidrar? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

15. Sett kryss ved de områdene der hvor du kartlegger hvem som bidrar. Flere kryss mulig.

Økonomiske forhold

Følge til legetimer

Handling av mat og husholdningsartikler

Følge til apotek

Vasking og stell av hus

Følge til bank og post

Vasking av klær

Følge til frisør/ barberer

Stell av hage



16. Kartlegger du om vedkommende har kontakt med frivillige hjelpeinstanser som for eksempel frivillighetssentraler og Røde Kors? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

Interesser og aktiviteter

17. Hvilken betydning vurderer du at opprettholdelse av interesser og aktiviteter har for at vedkommende kan bo hjemme lengst mulig? Ett kryss mulig.

Stor betydning Middels betydning Liten betydning Ingen betydning

18. Kartlegger du vedkommendes interesser og aktiviteter (snekring, håndarbeid, matlaging, religion, lesing, teater, spill, sang, musikk osv)? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

19. Kartlegger du vedkommendes yrke? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

20. Kartlegger du om vedkommende er medlem i noen foreninger (pensjonistforening, politiske parti, sanitetsforening eller lignende)? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

21. Kartlegger du om vedkommende har noen husdyr som betyr mye for dem? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

22. Kartlegger du om vedkommende er fysisk aktiv? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

23. Kartlegger du vedkommendes muligheter for å komme seg ut av hjemmet (ut i nærmiljøet)? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

24. Kartlegger du om vedkommende har hytte eller om det er spesielle feriemål som er/ har vært viktige? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri



Bolig og hjem

Følgende spørsmål handler om bolig og hjem som ofte omtales om hverandre, men har ulik betydning. Bolig brukes ofte om de ytre fysiske forholdene, mens hjemmet omfatter de indre forholdene med en sosial og psykologisk dimensjon ved seg.

25. Hvilken betydning vurderer du at *hjemmet* har for personer med demens? Ett kryss mulig.

Stor betydning Middels betydning Liten betydning Ingen betydning

26. Gjennomføres det hjemmebesøk, i startfasen, for å planlegge tiltak for hjemmeboende med demens? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

Dersom det ikke gjennomføres hjemmebesøk, gå til spørsmål nummer 30.

27. Hvor mange hjemmebesøk gjennomføres vanligvis? Ett kryss mulig.

Ett Ett til to Flere enn to

28. Kartlegger du de fysiske forholdene ved boligen? Med fysiske forhold menes her for eksempel hvordan man kommer seg inn og ut av boligen, antall etasjer, trapper, romfordeling og fallrisiko etc. Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

29. Kartlegger du vedkommendes fremtidige boligønsker? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

30. Er hjemmets betydning for vedkommende et tema du tar opp ved planlegging av tiltak? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

31. Kartlegger du om vedkommende opplever seg trygg i eget hjem? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

32. Kartlegger du om det er gjenstander (fotografier av barnebarn, barndomshjem, diplomer) som er av spesiell betydning for vedkommende? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

33. Kartlegger du spesielle vaner, rutiner eller gjøremål i vedkommendes hjemmesituasjon? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri



34. Planlegger du hvordan disse betydningsfulle trekkene ved hjemmesituasjonen kan videreføres når dere planlegger tiltak? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

35. Kartlegger du vedkommendes tanker om fremtiden? Ett kryss mulig.

Alltid Ofte Sjelden Aldri

36. Hvordan prioriterer du områdene nedenfor i kartlegging og planlegging av tiltak til hjemmeboende personer med demens? Prioriter områdene med tallene 1, 2, 3 og 4. **1 er mest prioritert og 4 er minst prioritert.**

Hvorvidt vedkommende føler seg trygg i eget hjem

Gjenstander som er av betydning for vedkommende

Vaner, rutiner og gjøremål (betydningsfulle trekk ved hjemmesituasjonen)

Hjemmets betydning for vedkommende

37. Helt til slutt, hvordan prioriterer du områdene nedenfor i kartlegging og planlegging av tiltak til hjemmeboende personer med demens?

Prioriter områdene med tallene 1, 2 og 3. **1 er mest prioritert og 3 er minst prioritert.**

Pårørende og nettverk

Interesser og aktiviteter

Det fysiske ved boligen

Takk for at du tok deg tid!

**Kirsten Langåsdaalen, masterstudent
Telefon 41 23 24 93**

VEDLEGG 4 - Utredningsverktøy til bruk for helse- og omsorgspersonell

Demensutredning

i kommunehelsetjenesten

Utrednings- og kartleggingsverktøy for leger og pleie- og omsorgspersonell

Kartlegging av:

- ▲ Dagliglivets aktiviteter
- ▲ Mental funksjon
- ▲ Pårørendes situasjon
- ▲ Sikkerhet i bolig



Undersøkelse hos lege

- ▲ Anamnese
- ▲ Tidligere og nåværende sykdommer
- ▲ Somatisk undersøkelse
- ▲ Testing av mental funksjon
- ▲ Blodprøver og CT-Caput
- ▲ Vurdering av delirium/depresjon
- ▲ ICD-10 kriterier
- ▲ Resultater og konklusjon



Ny legetime med oppsummering

- ▲ Konklusjon
- ▲ Informasjon
- ▲ Drøfting av tiltak



Informasjon til hjelpeapparatet (hvis pasienten har eller skal ha hjelp)



Oppfølging etter 6 – 12 måneder

Som et hovedprinsipp anbefales at utredning ved mistanke om demens, utføres av pasientens fastlege i samarbeid med personell fra pleie- og omsorgstjenesten. Det er en fordel om det finnes et team på to personer i pleie- og omsorgstjenesten som kan koordinere utredningen og følge pasient og pårørende med hensyn til hjelpetiltak. Teamet skal ha kontakt med pasient, familie, fastlege og saksbehandlere som vedtar kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Utredning av demens består ideelt sett av en kartlegging av pasienten ved ett til tre hjemmebesøk og en legeundersøkelse. Den prosedyre som anbefales her må anses som en minimumsutredning.

For mer informasjon, se egen veileder.

Kartlegging utført av personell fra pleie- og omsorgstjenesten

Det anbefales at kartleggingen foregår ved at en av personalet samtaler med pasienten og en med pasientens pårørende. Denne kartleggingen består av:

- Vurdering av pasientens evne til å utføre dagliglivets funksjoner.
- Vurdering av mental funksjon.
- Vurdering av pårørendes situasjon og omsorgsbelastning.
- Vurdering av sikkerhet i bolig.

Utredning utført av pasientens fastlege

Utredningen anbefales utført i to konsultasjoner à 20 minutter, eventuelt en dobbeltkonsultasjon på 40 minutter. Rekkefølgen av utredningen kan varieres avhengig av problemstilling.

- Anamnese
- Somatisk undersøkelse
- Vurdering av mental funksjon
- Blodprøver
- CT-Caput

Samordning av utredningen

Det er mest hensiktsmessig at pleie- og omsorgspersonell først utfører sin del av utredningen og deretter sender resultatene til pasientens fastlege. Etter at fastlegen har undersøkt pasienten, anbefales det at legen tar kontakt med pleie- og omsorgspersonell for å diskutere igangsetting av eventuelle støtte- og hjelpetiltak. Om legen er i tvil om diagnose kan det være aktuelt å henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

Både i skjema for lege og for pleie- og omsorgspersonell finnes prøvene MMS, Klokketest og vurderingsskjema for depresjon, MADRS. Det er ikke ment at disse skal utføres to ganger, og fastlege og pleie- og omsorgspersonell avtaler på forhånd hvem som foretar disse undersøkelsene.

Oppfølging

Pasienter med en demensdiagnose bør følges opp av lege og demens-team hver 6.-12. måned for eventuelt å justere behovet for hjelp.

Skjema er utarbeidet av Knut Engedal, Anne Brækhus, Birger Lillesveen og Anne Thams Breien, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

 Sosial- og helsedirektoratet

Postboks 7000, St Olavs plass
0130 Oslo



Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens
utvikling formidling forskning

Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 33 34 19 50, faks: 33 33 21 53
e-post: post@nordemens.no

Samtale med, og vurdering av pasient

Pasientens navn: _____ Født: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

Pårørendes navn: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

Pasientens fastlege: _____

Adresse: _____

Tlf.: _____

Utfylt av: _____

Dato for kartlegging: _____

Hukommelse, orienteringsevne, innsikt – Det er nyttig å stille spørsmål om tidligere interesser, hvor pasienten har vokst opp og om han/hun har kontakt med venner og naboer. Hva holder han/hun på med om dagen. Hva de synes er vanskelig. Flett inn spørsmål om matlaging, bruk av medisiner, betaling av regninger m.m.

Handlingsevne – Observer eventuelt pasientens evne til å dekke bord, trakte kaffe, lage mat m.m. (praktisk fungering).

Språkfunksjon – Hvordan uttrykker pasienten seg, leter etter ord, mister "tråden" i samtalen? Får du inntrykk av at hun/han oppfatter og forstår betydningen av det som blir sagt?

Atferd – Stemningsleie (ved mistanke om depresjon kan det være nyttig å bruke MADRS), initiativ og vurderingsevne m.m.

Pasientens egen vurdering av sin situasjon og behov for hjelp (innsikt, vurderingsevne).

Observasjon av sikkerhet i hjemmet

Basert på Rosenborgsenterets registreringsskjema – Sikkerhet i hjemmet

Tema	Spørsmål	Ja	Nei	Kommentar
Alarm/varsling om behov for hjelp	• Mangler telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Mangler trygghetsalarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Mangler røykvarsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Mangler annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Brannslukking	• Mangler brannslukningsutstyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Åpen ild	• Røyker beboeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Bruker stearinlys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Har peis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Sterk varme	• Mangler sikkerhetsbryter tilkoblet komfyren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Har stråleovn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
Fall	• Løse matter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Høye dørstokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Trapper uten gelender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
	• Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

Tolkning av skjemaet:

Bare "Nei" betyr relativt høy grad av sikkerhet.

Ett eller flere "Ja" betyr at den enkelte sak må vurderes i forhold til personens funksjon.

Mini mental status (MMS)

Norsk oversettelse ved Knut Engedal og Per Kristian Haugen.

Det er viktig å være klar over at en pasient godt kan skåre innenfor testens såkalte normalområde (24/30) og likevel ha en mental svikt/demenssykdom. Man bør legge stor vekt på opplysninger fra

pårørende og være liberal med henvisning til spesialisthelsetjenesten dersom man er i tvil. Alder og utdanning influerer på resultatet; jo yngre og høyere utdanning, jo høyere skåre.

	<i>Maksimal skåre</i>	<i>Skåre</i>
1 Hvilket årstall har vi nå?	1	___
2 Hvilken årstid har vi nå?	1	___
3 Hvilken måned har vi nå?	1	___
4 Hvilken dag er det i dag?	1	___
5 Hvilken dato er det i dag?	1	___
6 Hvilket land er vi i nå?	1	___
7 I hvilket fylke/landsdel er vi nå?	1	___
8 I hvilken by/tettsted er vi nå?	1	___
9 Hva heter dette sykehuset/dette legekantoret hvor vi er nå?	1	___
10 I hvilken etasje befinner vi oss nå?	1	___
11 Fortell pasienten at du nå vil navngi tre gjenstander og at du ønsker at han skal gjenta disse navnene etter at du har sagt dem.	3	___
12A Si "Trekk sju fra 100. Hvor mye har du da? Fortsett å trekke fra sju inntil jeg sier stopp" (For endelig skåre, se pkt. 12B)	5	___
13 Spør pasienten om han kan huske navnene på de tre gjenstandene som han gjentok for litt siden.	3	___
12B Dersom pasienten ikke oppnådde 5 poeng på oppgave 12A, be ham å stave ordet "SVERD" baklengs. Si: "Stav ordet "SVERD" forlengs – og nå stav det baklengs" <i>Bruk den høyeste poengsummen oppnådd enten på 12A eller 12B</i>	5	___
14 Vis en blyant eller en penn. Spør pasienten hva denne heter (ikke hva den brukes til).	1	___
15 Vis et armbåndsur. Spør pasienten hva dette heter (ikke hva det brukes til).	1	___
16 Be pasienten gjenta følgende setning: "Aldri annet enn om og men."	1	___
17 Si følgende: "Hør nøye etter. Jeg ønsker at du skal gjøre følgende: Ta papiret med din høyre hånd, brett det sammen på midten en gang med begge hender, og legg det på gulvet/på stolen.	3	___
18 Be pasienten: "Les det som står skrevet på dette papiret inne i deg, og utfør det som står der".	1	___
19 Be pasienten: "Skriv en setning med mening på dette papiret."	1	___
20 Vis pasienten tegningen av de to femkantene. Be ham/henne om å kopiere femkantene på eget testark.	1	___



Se eget ark

Total skåre 30 ___

Klokketest

Gi pasienten skjemaet og en penn eller blyant. Dekk til all tekst med et hvitt ark.

Si: Jeg vil gjerne at du tegner en klokkeskive med tallene på. Lag klokkeskiven stor.

Etter at pasienten har tegnet klokkeskiven;

Si: Tegn inn viserne som viser at klokka er ti over halv fire.

Beregn skåren for klokketesten ved å gi ett (1) poeng for hver del som er korrekt utført (se beskrivelsen nedenfor).

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Bare tallene 1-12 skal være tegnet inn (arabiske eller romertall) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Feil hvis noen tall mellom 1 og 12 mangler. | | |
| Feil hvis andre tall enn de mellom 1 og 12 forekommer. | | |
| Feil hvis ekstra tall (f.eks. to ganger det samme tall) forekommer. | | |
| Tallene må være i riktig rekkefølge. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Tallene må alltid være i stigende rekkefølge. | | |
| Tallene trenger ikke gå til 12. | | |
| Tallene må være i riktig posisjon. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Del klokka inn i fire like sektorer (en vannrett og en loddrett linje) med tre tall i hver. | | |
| Tallene skal høre hjemme i riktig sektor (f.eks. 1, 2, 3 i øvre høyere sektor) | | |
| To visere må være tegnet inn. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Det må være visere. Streker eller ring rundt tallene regnes som feil. | | |
| Tallet for klokken fire må være merket. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Kan være merket med små streker eller ring rundt. | | |
| Merkingen må være nærmere "4"-tallet enn noen av de andre tallene. | | |
| Det oppgitte minuttallet må være merket. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Kan være merket med små streker eller ring rundt. | | |
| Merkingen må være nærmere "8"-tallet enn noen av de andre tallene. | | |
| Viserne må være i riktige proporsjoner. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Timeviseren må være kortere enn minuttviseren. | | |
| Pasienten kan angi at timeviseren er mindre. | | |
| Skåre (maksimum = 7) | _____ | |

Tegn klokke her:

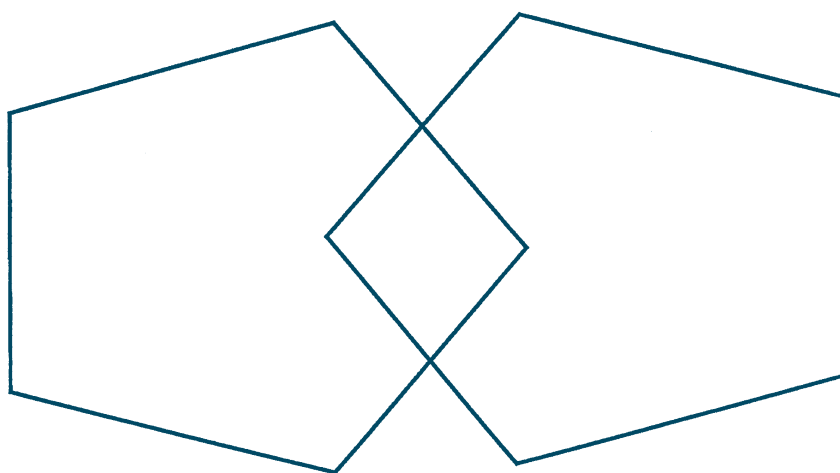
Kartleggingsteamets sammendrag og vurderinger

Årsak til henvendelsen

Pasienten har i dag hjelp fra (offentlig, privat, andre)

Pårørendes vurdering av pasientens behov for hjelp

LUKK ØYNE DINE



MADRS

Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

Norsk versjon ved Ulrik Fredrik Malt

Pasientens navn: _____

Dato for utredning: _____

1. Synlig tristhet

Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør), slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Gradér på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.

- 0 Ingen tristhet.
- 1
- 2 Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lysne opp.
- 3
- 4 Virker trist og ulykkelig hele tiden.
- 5
- 6 Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

2. Tristhet

Tar sikte på subjektiv opplevd sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgitthet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

- 0 Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
- 1
- 2 Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
- 3
- 4 Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
- 5
- 6 Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulyst, ubehagelig indre spenning, uro, angst, stigende panikk.

Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (punkt 2).

- 0 Rolig, bare antydning til indre spenning.
- 1
- 2 Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
- 3
- 4 Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
- 5
- 6 Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenlignet med vanlig tilstand.

- 0 Sover som vanlig.
- 1
- 2 Moderate innsovningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
- 3
- 4 Søvnens redusert eller avbrutt med minst to timer sammenliknet med vanlig.
- 5
- 6 Mindre enn to til tre timers søvn om natten.

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

- 0 Normal eller øket appetitt.
- 1
- 2 Moderat redusert appetitt.
- 3
- 4 Nesten ingen appetitt. Maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
- 5
- 6 Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvanskeligheter

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Gradér i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

- 0 Ingen konsentrasjonsvansker.
- 1
- 2 Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
- 3
- 4 Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
- 5
- 6 Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og utføre dagligdagse aktiviteter.

- 0 Ingen spesielle vansker med å komme i gang, ingen treghet.
- 1
- 2 Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
- 3
- 4 Vanskeligheter med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.
- 5
- 6 Helt eller manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.

8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner

Sikter på den subjektive opplevelse av svekket interesse for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert. Skilles fra initiativløshet (punkt 7).

- 0 Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
- 1
- 2 Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å vise sinne.
- 3
- 4 Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og bekjente.
- 5
- 6 Opplevelse av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og tildels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.

9. Depressivt tankeinnhold

Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbebreidelser, anger, og tanker om økonomisk ruin, etc.

- 0 Ingen depressive tanker.
- 1
- 2 Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbebreidelser og mindreverdighetsfølelse.
- 3
- 4 Vedvarende selvbebreidelser eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
- 5
- 6 Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder. Absurde selvanklager.

10. Suicidaltanker

Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker, og forberedelse til selvmord.

- 0 Ordinær livslust, tar det som det kommer.
- 1
- 2 Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
- 3
- 4 Ville helst vært død, suicidaltanker opptrer hyppig og suicid ansees som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
- 5
- 6 Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Total skår: _____

Kommentarer: _____

Samtale med pårørende

Pasientens navn:

Pårørendes navn:

Adresse:

Adresse:

.....

.....

Født

Tlf.:

Tlf.:

Dato for utfylling

Om utfylling av skjemaene

Skjemaene bør fylles ut under samtalen med pårørende. Sett av god tid. Spørsmålene kan åpne for vanskelige følelser. Det kan være godt for pårørende å snakke om det som er vanskelig, men noen pårørende kan også oppleve at de avslører den som er syk og at det derfor kan være vanskelig å være ærlig. Som intervjuer/samtalepartner kan vi lytte og være den som vet noe om hva de strever med. Det må gis mulighet for veiledning/råd og drøfting av mulige tiltak.

BMD - kognisjon

Behavioural and Mood Disturbance Scale

Greene et al 1982. Noen endringer av originalen er foretatt.

	0	1	2	3	4
1. Deltar pasienten i samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leser pasienten aviser, ukeblader og lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har pasienten interesse for nyheter om venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Starter pasienten selv en adekvat samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svarer pasienten fornuftig på tiltale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Forstår pasienten det som blir sagt til ham/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ser pasienten og følger med på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aktiviserer pasienten seg selv med meningsfulle gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gjenkjenner pasienten familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vet pasienten hvem han/hun selv er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er pasienten orientert for tid (dag, mnd, årstid, år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Finner pasienten fram i kjente omgivelser, f.eks. i nabolaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Klarer pasienten å holde en rød tråd i en samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svarene skal angis med et tall fra 0-4:

0. Alltid eller svært mye
 1. Ofte eller ganske mye
 2. Av og til eller moderat
 3. Sjelden eller litt
 4. Aldri eller sjelden

Sum skåre (min 0 maks 60) _____

Spørreskjema til pårørende

Til norsk ved Harald A. Nygaard og Asgeir Bragason

Slektskapsforhold:

Når du besvarer spørsmålene, tenk på hvordan din slektning eller venn var for ti år siden og sammenlign med situasjonen i dag. Nedenfor er angitt noen situasjoner hvor vedkommende må bruke sin hukommelse eller intellekt. Vurder om dette er blitt bedre, er uforandret eller har forverret seg i løpet av de siste ti årene. Husk at det er viktig å sammenligne dagens situasjon med situasjonen for ti år siden. Med andre ord, hvis din venn eller slektning ikke husket hvor han/hun la fra seg ting for ti år siden og det samme er tilfelle i dag, skal dette besvares med ikke særlig forandret.

	1	2	3	4	5	Svaralternativ:
1. Huske ting i forhold til familie og venner, f.eks. yrke, fødselsdager og adresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Mye bedre
2. Huske ting som nylig har hendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Litt bedre
3. Huske samtaler noen dager etterpå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ikke særlig forandret
4. Huske egen adresse og eget telefonnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Litt verre
5. Huske hvilken dag og måned det er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Mye verre
6. Huske hvor ting vanligvis er oppbevart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Huske hvor ting ligger selv om de ikke er lagt på vanlig sted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Vite hvordan en bruker kjente husholdningsapparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Lære seg å bruke et nytt redskap eller apparat i huset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Lære seg nye ting i sin alminnelighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Følge handlingen i en bok eller på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Ta avgjørelser i hverdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Håndtere penger ved innkjøp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Ta hånd om personlig økonomi, pensjon, bank osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Regneferdighet i dagliglivet, f.eks. å vite hvor mye mat en skal kjøpe inn, hvor lang tid det går mellom besøk fra familie og venner osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kommentarer:

Ferdigheter i dagliglivet - RDRS-2

Norsk revidert utgave Anne Brækhus, Knut Engedal, Anne Thams Breien

Utgangspunkt for avkryssing er hva pasienten **faktisk utfører** og ikke hva han/hun kan klare eller er i stand til å mestre fysisk sett. For eksempel hvis en person fysisk sett er i stand til å bade selv, men ikke gjør det på grunn av manglende initiativ, eller fordi han/hun glemmer å gjøre det, så skal det krysses av for at han/hun trenger hjelp.

Forklaring til de ulike områder:

- Utfører aktiviteten alene** - pasienten kommer i gang på eget initiativ og utfører aktiviteten regelmessig og adekvat.
- Utfører aktiviteten med noe hjelp** - pasienten trenger muntlig hjelp eller tilrettelegging for å komme i gang.
- Utfører aktiviteten med mye hjelp** - pasienten trenger muntlig veiledning og påminnelse for hver delaktivitet som skal til for å utføre handlingen, samt eventuelt direkte praktisk hjelp til deler av aktiviteten.
- Utfører ikke aktiviteten** - pasienten kan ikke, eller får ikke til å utføre handlingen.

Svaralternativ:

1. Alene 2. Med noe hjelp 3. Med mye hjelp 4. Utføres ikke

Aktiviteter i dagliglivet - Utfører aktiviteten

	1	2	3	4	Kommentar
1. Spiser tilstrekkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Lager brødmatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Lager middag, overholder diett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Forflytter seg – inne/ute (med eller uten hjelpemidler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Daglig personlig pleie (vasking, stell av hår og tenner, barbering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bader/dusjer, vasker håret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Kler på seg (inkludert å finne frem klær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Toalettbesøk (inkludert av og på med klær og renslighet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Bruker telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Kjøper mat og andre nødvendige artikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Håndterer penger, betaler regninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Har økonomisk oversikt – planlegger fremover, skriver selvangivelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Tar medisiner som forordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Svaralternativ:

1. Ingen 2. Lette 3. Store 4. Ekstreme

Spesielle problemer (grad av)

	1	2	3	4	Kommentar
14. Problemer med hørsel (selv med høreapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Problemer med synet (selv med briller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Problemer med å uttrykke seg/oppfatte – muntlig/skriftlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Ligger/sitter mye i løpet av dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Forvirret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Manglende samarbeidsvilje (motsetter seg hjelp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Depressive problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Inkontinens for urin og avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

