



HØGSKOLEN I HARSTAD

S
k
r
i
f
t
s
e
r
i
e

Utviklingshemming og aldring

Henny Kinn Solbjørg

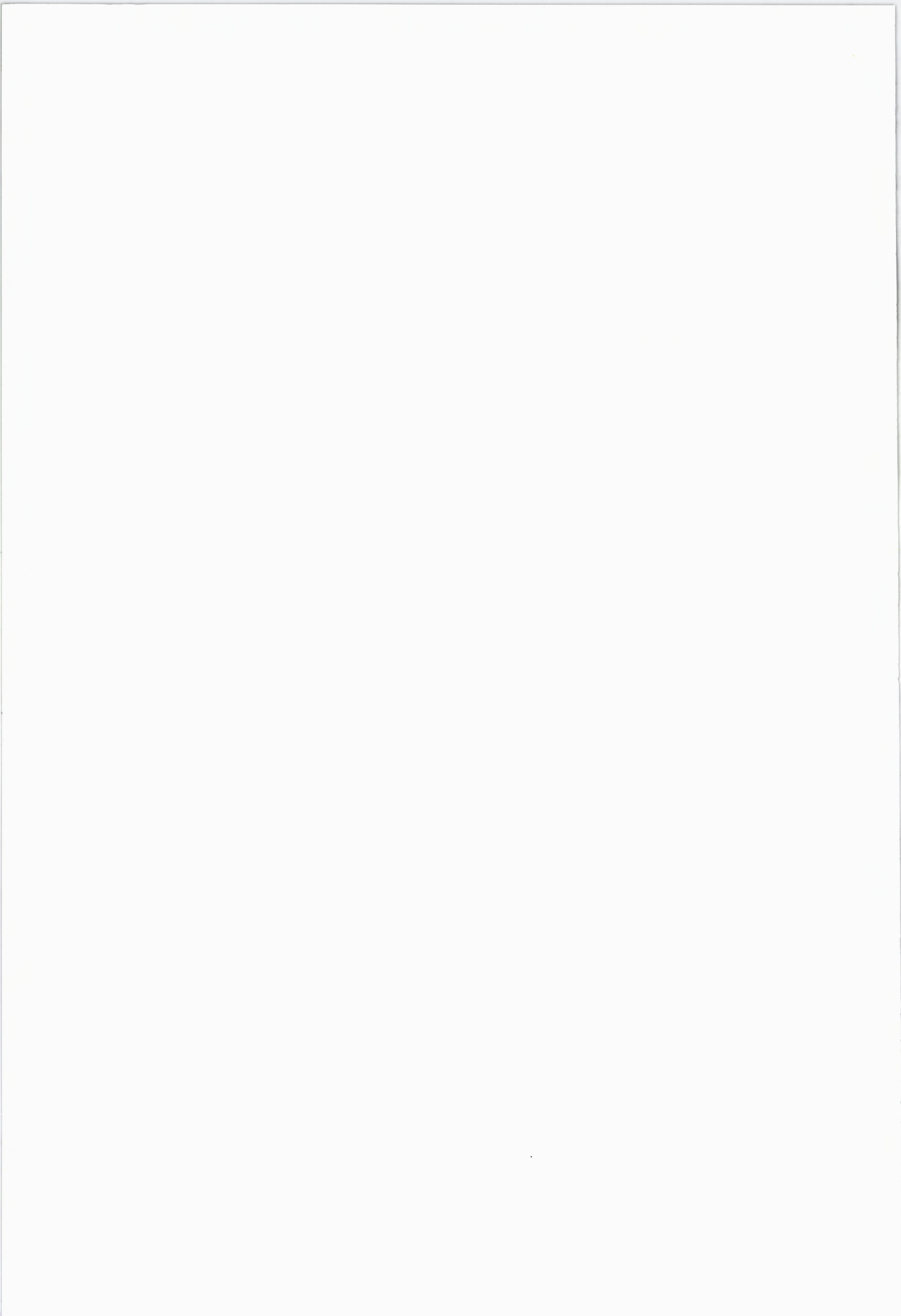
Høgskolen i Harstad Harstad
Skriftserien 2007/01 University College

Nasjonalsbiblioteket
Depotbiblioteket

Utrykingsstatistikk av sider
Henry Kinn Solberg
Høgskolen i Halden
Sammensettning 2002/01
University College
Halden

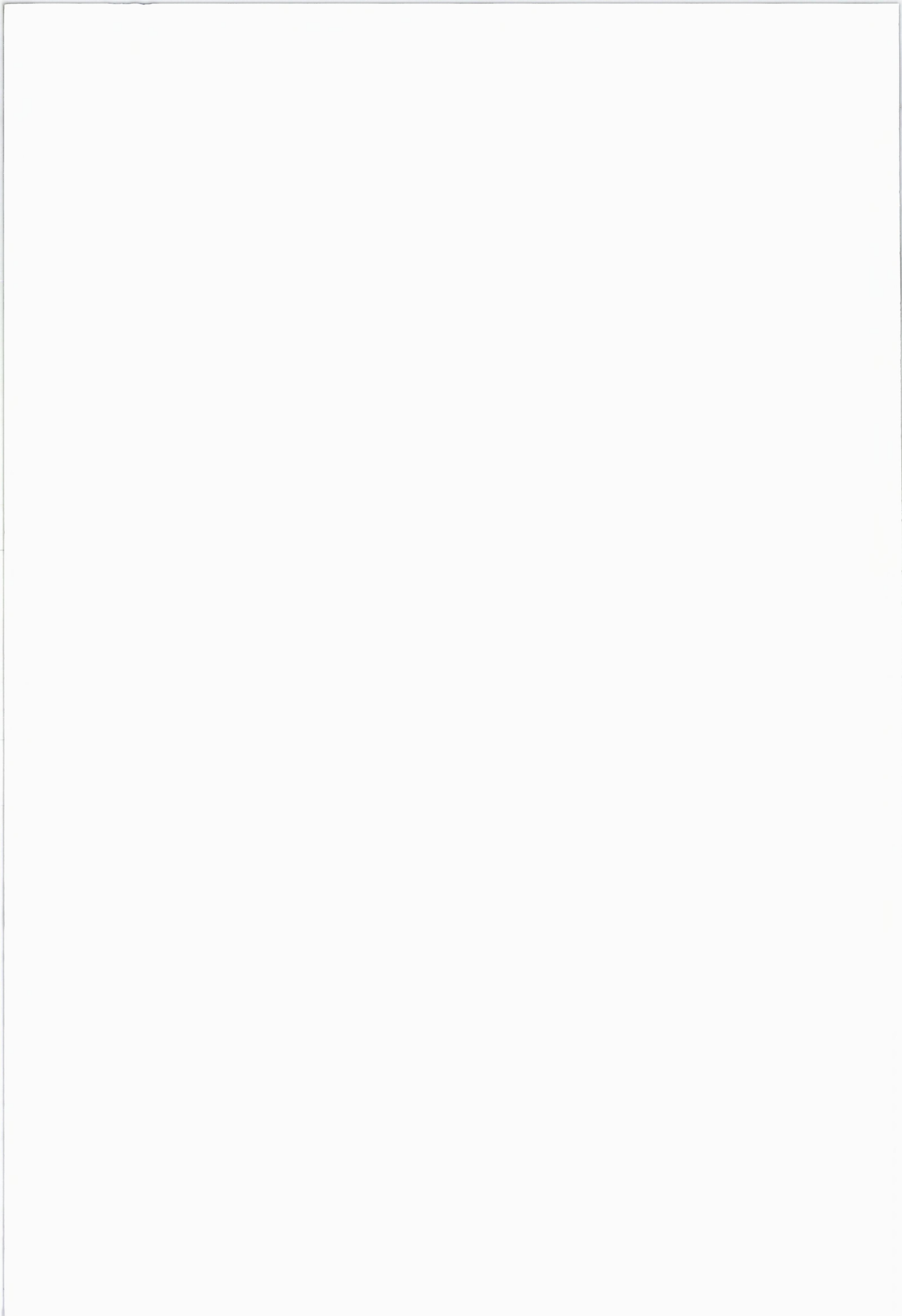


Tittel/Title Utviklingshemming og aldring		Nummer/Number 2007/01
		Sider/Pages 27
Forfatter/Author Henny Kinn Solbjørg		
Institutt/Department Helse- og sosialfag, Vernepleierutdanningen,	Prosjekt/Project	
Sammendrag/Abstract Rapporten omhandler eldre utviklingshemmedes livssituasjon og hvordan en kan bidra til gi god livskvalitet når aldringsprosessen inntreffer. Antall eldre personer med utviklingshemming er stadig økende og fører til endrede behov for tiltak og tjenester. Det ligger store utfordringer i å gi personer som har kognitiv svikt et omsorgstilbud som gir optimal livskvalitet. Den største utfordringen for hjelpeapparatet er personer med Down syndrom som får Alzheimer i tidlig alder. Når personer i ung alder får en slik diagnose er det viktig å sette inn hjelpetiltak tidlig slik at personen opprettholder mest mulig av sine funksjoner. I dette prosjektet er det satt fokus på viktigheten av å opprettholde, og etter hvert vedlikeholde språket og kommunikasjons- evnen. I forhold til alle som har en kognitiv svikt er det viktig å legge til rette for gode relasjoner, gi hjelp og støtte til samspill og god kommunikasjon med venner og hjelpere. Personer som er kommet i denne situasjonen sier at hvis dette blir ivaretatt er det med på å opprettholde god livskvalitet.		
Stikkord/ Key Words	Aldring. Utviklingshemming. Kommunikasjon. Livskvalitet.	
ISBN 82-453-0212-0	ISSN 0807-2698	



Utviklingshemming og aldring





Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Samfunnsutvikling og holdninger.....	2
2.1	Demens.....	7
2.2	Demens av Alzheimer type.....	9
2.3	Kommunikasjon og demens.....	10
3	Empiri og drøfting.....	13
3.1	Anne.....	13
3.2	Drøfting.....	15
4	Oppsummering.....	21
5	Litteraturliste.....	24

1 Innledning

Omsorgen for eldre er svært aktuelt for tiden og er nesten daglig tema i media.

Kommunene er presset til å omorganisere og effektivisere og går noen ganger på akkord med gjeldende lover og regler. Hvilke konsekvenser dette får over tid, er alle som har sitt yrke innen helse- og sosialtjenesten svært interessert i.

Fra min tidligere praksis møtte jeg en person med diagnosen Down syndrom som hadde fått symptomer på demens i en alder av 47 år. Alle hadde lite kunnskap om demens og at noen kunne få en slik diagnose i så tidlig alder var de lite forberedt på.. Det gikk derfor lang tid før en skjønnte årsaken til endringen i tilstanden til Anne. De fleste trodde det var en depresjonstilstand. Jeg mener det gikk for lang tid før det var avklart hva som var årsaken til hennes atferdsendring. Denne erfaringen gjorde at jeg ønsket å se nærmere på eldre utviklingshemmedes livssituasjon.

En kommunes tilrettelegging av tilbud for personer med demens vil være basert på tolkning av de lover som ligger til grunn for slike tiltak, som i eldreomsorgen åpner for mange løsninger. Bak lover og andre offentlige dokumenter ligger en ideologi og et menneskesyn alle, både planleggere og bistandsyttere, må forholde seg til.

I alt arbeid med mennesker mener jeg det er viktig at hjelperne har et bevisst forhold til ideologier og hvilke menneskesyn de arbeider ut fra. Dette gjenspeiler det daglige arbeidet både metodisk og i arbeidet for øvrig.

Brukermedvirkning er sentralt i dagens ideologi, og at en alltid skal ha fokus på ressursene hos hver enkelte person (Linge 1996). Personer med demens er en uensartet gruppe med tilsvarende ulike behov, og tilrettelegging må tilpasses hver enkelt.

Jeg vil avgrense problemstillingen i dette prosjektet til å se på hvilke utfordringer som stilles til omgivelsene for å gi god livskvalitet. For en ung person som har fått diagnosen demens er det viktig å opprettholde mest mulig av sine funksjoner. Jeg har valgt å sette meg inn i hva menneskesyn og kommunikasjon har å si i omsorgen for en ung person med diagnosen Alzheimer, og hvilke konsekvenser det gir for livskvaliteten. Anna, som

jeg skriver om, har i tillegg utviklingshemming som gjør at det blir ytterligere utfordringer i omsorgsarbeidet.

Problemstilling: På hvilken måte kan kommunikasjon ha betydning for Annes hverdag og livskvalitet.

For å belyse og drøfte problemstillingen vil jeg først i prosjektet ha med teorier som gir informasjon om tenkning og menneskesyn innen omsorgsarbeid, videre si kort noe om hva demens er. Vil si noe generelt om kommunikasjon og om kommunikasjon med demente. Livskvalitet har med hele livssituasjon å gjøre og er varig, derfor skal jeg å si noe om det underveis i kapittel to.

Videre vil jeg kort gi en presentasjon av en person med utviklingshemming og Alzheimer sykdom. Personen er anonymisert og framstillingen er gjort slik at det ikke er mulig å spore tilbake til hvem dette er. Etter presentasjonen vil jeg umiddelbart drøfte teoriene opp mot situasjonsbeskrivelsen. Avslutningsvis har jeg med noen refleksjoner og en oppsummering.

2 Samfunnsutvikling og holdninger.

Det blir stadig flere eldre i vår del av verden. Svært mange eldre lever lengre nå enn tidligere og er friskere enn generasjonen før oss. Dette er et resultat av at vi har fått det bedre på flere områder i samfunnet. Medisinsk forskning har gjort at sykdommer kan forbygges og helbredes i mye høyere grad enn tidligere. Etter siste krigen, fra 1945 og fram til nå, har utviklingen vært lagt til rette for at levestandarden for de fleste bare har økt. Dette gjør at vi har fått det bedre både økonomisk og materielt, som igjen gjør at folk får et bedre liv og lever lengre.

Aldring kan defineres som: de biologiske og psykososiale prosessene en person gjennomgår som en del av utviklingen like til slutten av livet. Man kan si at aldring er å leve med en stadig tilpasning til nye situasjoner (Binder 2000:11).

Fordi andelen gamle over 80 år har økt i befolkningen øker muligheten for å kunne få en demenssykdom. Dette har ført til at problemene som følger med aldersdemens er blitt mer synlig. I tillegg har økt kunnskap og oppmerksomhet rettet mot kroniske sykdommer i sin alminnelighet, medvirket til endringer i tenkning og holdninger. Dette gir ekstra utfordringer både i medisinske sammenhenger og i kommunenes helse- og sosialtjeneste.

Som regel snakker vi om eldre og normal aldring fordi det er denne gruppen mennesker det forskes mest i forhold til. I den senere tid har forskningen økt i forhold til personer med funksjonshemninger og aldring, og helt nytt er forskning i forhold til personer med utviklingshemning. Gruppen med denne diagnosen blir på lik linje med alle andre i samfunnet eldre og det kreves kunnskaper om hvordan tilrettelegge for en verdifull alderdom når man har en slik diagnose.

Antall eldre personer med utviklingshemning er stadig økende. Å legge til rette for en god alderdom for personer som har denne diagnosen er en stor utfordring for kommunene. Tidligere bodde personer med utviklingshemning på institusjoner helt til livets slutt. Etter HVPU blei avviklet i 1991 skal alle bo i hjemkommunen på samme vilkår som alle andre innbyggere, også når de blir gamle.

Denne utfordringen stilles til hele samfunnet, og særlig til kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Målet må være å legge til rette for at den enkelte skal kunne opprettholde en rimelig god livskvalitet sine siste år.

Stangvik har følgende tre oppfatninger av begrepet livskvalitet:

- Livskvalitet kan forstås som tilpasning til sosialt verdsatte livsformer.
- Livskvalitet kan forstås som en subjektiv verdsatt livsform.
- Livskvalitet kan forstås som helse i vid forstand" (Solum 1994:94).

Fordi livskvalitet er en abstrakt variabel er den vanskelig å måle, særlig hos personer med kognitiv svikt. Men personalet må så langt råd er bruke observasjon og kartlegging for å finne fram til de variablene som en mener har sammenheng med livskvalitet. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og må derfor vurderes ut fra hver enkelts forutsetning (Eknes, 2000). I denne sammenhengen er det viktig å ha godt samarbeid

med familie og andre nærpersoner, de er viktige bidragsyttere når det skal gjøres en kartlegging.

Pårørende og andre som kjenner den Eldres historie er viktige medspillere for å utvikle et godt omsorgstilbud.

Eldre personer med utviklingshemming har sjelden nær familie å støtte seg til. Svært få har barn, søsken er selv blitt gamle og er ikke i stand til å kunne bidra med hjelp. Det stilles derfor store krav til omsorgsapparatet om oppfølging siden det sjelden er nær familie som ser til at disse oppgavene blir utført.

Økt antall eldre personer med utviklingshemming gir kommunene store utfordringer når det gjelder å ha kompetanse på området. Som nevnt er det mye kompetanse på normal aldring, men ansatte gir uttrykk for at de må få mer kunnskap om hva som er annerledes når en person med utviklingshemming blir eldre. Kommunens nye utfordring blir å gjøre noe med dette:

” I mange kommuner øker antallet eldre utviklingshemmede. Det kan medføre endrede behov for tiltak og tjenester. Det er ønskelig at kommunene i større grad fokuserer på hvordan også utviklingshemmede som har påbegynt en aldringsprosess kan sikres god og individuell tilpassede tjenester.” (Rundskriv 1-19 2000:5).

Dette understreker behovet for fagutvikling og mer kompetanse, samtidig som tjenesteytingen må tilpasses nye behov som oppstår under aldringen.

Menneskesyn, etikk og moral er ideelle fordringer og prinsipper som skal utøves i den praktiske hverdagen og dermed gi et godt livsinnhold til hvert enkelt individ (Aadland 1998). Tilrettelegging for god livskvalitet er ikke bare snakk om offentlig organisering av tiltak, og omsorg er ikke bare profesjonell omsorg. Omsorg og ønske om god livskvalitet og mellommenneskelig trygghet er i høyeste grad et hverdagsanliggende der alle bør delta. Med alle mener jeg personen som har behov for hjelp, pårørende og omsorgspersonene.

Hvilke holdninger fagpersonene har gir seg utslag i hvordan hjelpen blir gitt. Hvis personalet ikke er bevisst sine holdninger og vet hvilken virkning det kan ha på andre, kan det oppstå uheldige situasjoner. I alt bistandsarbeid må en framheve holdninger som

uttrykker brukerstyring og autonomi i samhandling med den hjelpetrequende og ha respekt og tro på at personen er herre over sitt eget liv.

Det kan noen ganger være vanskelig å vite hvor kompetent pasienten er til å ta beslutninger og hvor mye innsikt som skal kreves for at personens ønsker skal anses å være kompetente.

Også den psykisk utviklingshemmede og den demente kan ha en viss innsikt. Vi har en moralsk plikt til å respektere denne innsikten, og de valgene som følger av det, så langt det er forsvarlig (Værøy og Værøy 2004).

Etter slike meningsytringer dukker det alltid opp spørsmål: Hvem definerer hva som er forsvarlig? Hva er kriteriene?

Paternalisme uttrykt gjennom en holdning der hjelperen mener han vet best hvordan ting skal gjøres, er ikke forenlig med brukermedvirkning fordi den paternalistiske holdningen bidrar til at den hjelpetrequende blir mer avhengig av fagpersonen. Paternalisme uttrykt som at en er ekspert og bedreviter kan resultere i at den som har behov for hjelp opplever umyndiggjørelse og manglende kontroll over eget liv (Martinsen 1990).

Selvbestemmelse krever derfor at fagpersonene legger til side kontrollbehov og isteden arbeider for å få et godt samarbeid med brukeren. Dette krever en holdning hos fagpersonalet som innebærer å verdsette brukeren som aktiv deltager. Viktig å gripe fatt i ressursen hos hver enkelt bruker og legge til rette for at ønsker så langt som mulig blir respektert.

Ved beskrivelse av livskvalitetsdimensjonen vil det bli lagt vekt på å framstille subjektive og kvalitative forhold ut fra personens ståsted, dvs. hvordan personen selv har det og opplever sitt eget liv i forhold til seg selv og omgivelsene rundt (Solum 1994).

I autonomibegrepet ligger det at hver person vet hva som er det beste for seg selv som individ. I forhold til personer som har fått en demenssykdom kan dette være vanskelig.

At man har en demenssykdom er ikke det samme som at man ikke er i stand til å beslutte noe som helst. Men sier vanligvis at man er beslutningskompetent når man forstår hva som er konsekvensen av de ulike alternativer man har, og forstår hva som er konsekvensen av de ulike alternativene. Jo mindre konsekvens valgene får, jo mindre krav skal man stille til beslutningskompetansen (Wetterberg, 2003).

Grunnregelen skal være at hver enkelt beslutning eller situasjon, må vurderes hver for seg. I forhold til enkle hverdagsvalg som ikke gir store konsekvenser, som for eksempel hvilke klær man ønsker å ha på seg eller hva man ønsker å spise, bør man være svært romslig i forhold til personenes egne ønsker. Ikke la hjelpers normer bli gjeldende for hva som blir bestemt.

Når den kognitive svikten er så stor at personen ikke lenger har mulighet for å uttrykke egne ønsker og behov, må saken håndteres på en annen måte. Hjelpemiddelet har en sterk tradisjon på å ta med nære pårørende i slike situasjoner for å vurdere hva som bør gjøres. I mange tilfeller blir det oppnevnt hjelpeverge for å ivareta personens rettigheter.

I forhold til personer med progredierende sykdommer bør en ikke lage målsettinger med funksjonsforbedring. Det skaper store frustrasjoner og kan føre til svekket sjølbilde. Pasienter som opplever at de mangler evne til mestring og evne til å oppfylle omgivelsenes forventninger, kan få forsterket følelsen av mindreverdighet, håpløshet, sorg og kan etter en tid bidra til at den demente kan få symptomer på depresjon (Solheim 1995). Det er ikke enkelt å finne balansegang mellom ønsket om å bedre eller opprettholde pasientens funksjonsnivå gjennom trening og hensynet til pasientens opplevelse av ikke å mestre ting slik de har gjort tidligere. Hvis man ikke har gjort grundige refleksjoner rundt hvert tiltak kan en i sin iver påføre pasienten store nederlag ved at de får en opplevelse av ikke å mestre. Andre ganger kan vi overta for mye av de handlingene som pasienten kunne ha greid selv og fått den gode følelsen ved å mestre.

En må alltid ta utgangspunkt i menneskets ressurser og at alle blir sett på som skapende og autonomt. Når to møtes oppstår et subjekt – subjekt forhold, et møte mellom to personer der samspillet er preget av gjensidighet, likeverd og respekt (Martinsen 1990). Forutsetningen for å oppnå et subjekt – subjekt forhold mellom en person som er dement og hjelper, krever at hjelperen må være den ansvarlige partner.

Det finnes sjelden to mennesker som har den samme virkelighetsforståelsen. Alle mennesker er unike, og har derfor sin egen subjektive oppfattelse og opplevelse av verden (Martinsen 1990). Evnen til å mestre samhandling er like vesentlig for at vi kan oppnå og vedlikeholde viktige relasjoner som gir oss bekreftelse på at vi er av verdi og betydning for andre mennesker. Dette aspektet ved kommunikasjon får en viktig betydning i alderdommen på grunn av vekselvirkning mellom eldre menneskers selvbilde og ofte innskrenkende mengde av samvær og kommunikasjon som de deltar i. Ofte blir det sosiale nettverket mindre, det blir færre å prate med, de taper dermed de mulighetene kommunikasjonen gir for å få respons på seg selv, sine behov og sine forstillinger om tilværelsen (Solheim 1996).

2.1 Demens.

Man regner med at det i Norge er 65 000 personer med en demenssykdom, dette utgjør 5 % av befolkningen over 65 år og 15 % over 75 år. Antall tilfeller stiger med økende alder. Demens av Alzheimer type utgjør ca 60 % av tilfellene, og er dermed den vanligste form for demens. Kun 2-3 prosent er under 65 år (Engedal og Haugen 2004). Når demens rammer personer som er under 65 år vil det få helt andre konsekvenser for personen selv og den nærmeste familie enn om sykdommen hadde rammet senere i livet. De fleste som blir rammet i ung alder vil være i arbeid og ha nær familie. Det viser seg at aldringen starter tidligere hos utviklingshemmede enn hos befolkningen for øvrig. Personer med Down syndrom kan få demenssykdom allerede i

Synes Solheim sin beskrivelse av demens kan være avklarende:

Sykdommen er progredierende og irreversibel hjerneorganisk sykdom som starter snikende og umerkelig, og fører til diffuse skader i hjernen med mental svikt, psykisk svikt og andre nevrologiske symptomer, som igjen forårsaker manglende evne til å klare dagliglivets aktiviteter (Solheim 1995).

Aldersdemens er et samlebegrep for de ulike demenstypene. De blir som regel klassifisert i 3 grupper:

- Primær degenerativ type, inklusive Alzheimers type.
- Vaskulær demens, hvor årsaken kan være sykdom eller skader i hjernens blodkar. X
- Sekundær demens, der sykdommen kommer som følge av en annen opprinnelig sykdom eller skade i hjernen (Engedal og Hauge, 2004).

Årsaken til denne sykdommen er ennå ikke kjent, men man ser at utviklingen av Demens har sammenheng med høy alder og at det kan være arvelig betont.

Utviklingsforløpet for de ulike demenssykdommene er noe ulik, men samlet sett vil det bety at psykologiske prosesser som hukommelse, læring, orientering, språkevne, forståelse, dømmekraft og tenkning blir redusert. Personlighetsendringer og svikt i motoriske funksjoner er vanlig. Tilleggssymptomer som uro, angst, utagering, depresjon, forvirring og vrangforestillinger kan forekomme i større eller mindre grad. Grovt sett kan man inndele forandringer i tre hovedgrupper av symptomer, kognitive symptomer, atferdsmessige symptomer og motoriske symptomer (Engedal og Haugen 2000). X

Disse prosessene blir etter hvert så omfattende at personen med demens vil få store problemer med å fungere i det daglige, og vil bli avhengig av kontinuerlig støtte, tilrettelegging og omsorg. Det viser seg at sykdomsbildet hos yngre er annerledes enn hos eldre og at yngre krever helt annen tilrettelegging innenfor rammen av det omsorgstilbudet kommunen kan gi.

Som nevnt tidligere er det få personer som vil bli rammet av demens i tidlig alder og er derfor ikke et omfattende problem for samfunnet. Men for de som er rammet, vil dette føre til betydelig konsekvenser både for personen selv, nær familie og de som skal hjelpe. Det finnes som sakt ingen tilrettelagte botilbud, men de vil få hjelp innenfor de rammer som finnes og dette kan bety plass på sykehjem eller bofellesskap der beboerne kan være betydelig eldre. Når det gjelder personer med Down syndrom blir spørsmålet om de skal flytte på sykehjem når omsorgsbehovet blir stort, slik alle andre i kommunen får tilbud om.

2.2 Demens av Alzheimer type

I diagnostisk sammenheng skilles det mellom demens av Alzheimer type med tidlig debut før fylte 65/70 år og med debut etter fylte 70 år. Når Alzheimer oppstår tidlig vil det ofte være flere symptomer i begynnelsen av sykdomsforløpet. Alzheimer som debuterer seint vil ofte ha færre symptomer og sykdommer utvikler seg mer gradvis og snikende. Hukommelsestapet vil være den som er mest framtrædende (Engedal og Haugen, 2004).

Det er gjort noen studier på forekomst av demens hos personer under 65 år. Dr. Harvey gjorde en studie i England over en periode på to og et halvt år. I denne studien, som var på et avgrenset geografisk område i London, blei det identifisert 185 personer med demens i aldersgruppen 30 – 65 år. Nesten halvparten av demenstilfellene var av Alzheimer sykdom (Harvey, 1998). Denne undersøkelsen samsvarer med en undersøkelse som er gjort i Oslo av Engedal og Haugen litt senere.

Ut fra undersøkelser som er gjort har det kommet fram at ca 10 % har demenssykdommer som har sammenheng med Downs syndrom, Huntington sykdom og Parkinson sykdom. Det er ikke gjort undersøkelser om forekomst av Alzheimer bare i forhold til personer med Down syndrom. Det eneste vi vet er at antallet har økt de siste årene.

Det viser seg at en arvelig variant av Alzheimers sykdom er knyttet til feil på det 21. kromosom, altså det samme kromosomet som gir Down Syndrom. I boken Demens sies det at det er indier på at personer med Down Syndrom og trisomi av det 21. kromosom utvikler forandringer i hjernen som ligner på det man observerer ved demens ved Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen, 2004).

Typiske tegn ved tidlig sykdomsutvikling er emosjonelle endringer, bortfall av sosiale hemninger og initiativløshet. Dette er et symptomtilbilde som lett kan forveksles med funksjonell psykiatrisk sykdom. Når det gjelder personer som er utviklingshemmet blir det ekstra utfordrende. Da er det viktig at noen kjenner personene godt slik at en vet funksjonsnivået, både mentalt og motorisk, før symptomer på demens begynner.

Det er vanlig at det tar 2 – 2,5 år fra en registrerer en mental svikt til en demensdiagnose er avklart (Engedal og Haugen 2004). Det tar spesielt lang tid i forhold til yngre personer der sykdomsbildet ofte er nedstemthet og innaktivitet sammen med endringer i hukommelse og oppmerksomhet. Dette kan forveksles med depresjon, det er derfor viktig å bruke tid på utredningen. Jeg regner med at det er enda vanskeligere å fastsette en demensdiagnose på personer som har en kognitiv svikt i utgangspunktet og at det kan ta lengre tid enn hos pasienter for øvrig.

2.3 Kommunikasjon og demens

Kommunikasjon er sentral i alt sosialt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre (Heap 1996). Kommunikasjon skjer i samspill mellom to eller flere mennesker, og at begge parter tolker hverandres budskap. Enkelt kan en si at kommunikasjon betyr ”å dele” og ”å gjøre felles” (Eide og Eide 1996).

Vi skiller ofte mellom to former for kommunikasjon; verbal og nonverbal. Noen ganger kan det vi sier være i strid med det vi gjør, altså det blir en inkongruens i kommunikasjonen. I denne sammenhengen blir det verbalt sagt en ting, mens det med kroppsspråket blir signalisert noe annet. Inkongruens vil si at det er forskjell mellom det vi sier og det vi kommuniserer med vår atferd (Eide og Eide 1996).

Hvis demente får disse motstridende signalene kan det føre til både irritasjon og aggresjon. I en kongruent kommunikasjon hvor det samsvarer mellom det verbale og det nonverbale, er det med på å bygge opp tillit og det hjelper den demente til å opprettholde selvtilliten (Eide og Eide 1996).

I arbeid med aldersdemente er det viktig å bygge opp en god relasjon mellom den aldersdemente og personalet fordi det er lett at det oppstår misforståelser i kommunikasjonen. Uttrykket kan i seg selv være et hinder for en god samtale.

Vår væremåte og adferd kan i seg selv betraktes som kommunikasjon.

Vi reagerer forskjellig, vi handler og signaliserer dermed vår vilje, våre intensjoner og prioriteringer. Atferdsmessige kommunikasjon av denne typen er viktig og innholdsrik (Heap 1996).

En rekke atferdstrekk er felles for oss mennesker. I vår kultur er smil uttrykk for en god følelse eller opplevelse, gråt er uttrykk for tristhet og sorg. Atferd som gir uttrykk for indre opplevelser og kjennskap til den enkelte pasients liv og forhistorie, gir mulighet til kommunikasjon med aldersdemente pasienter som mangler evnen til å kommunisere gjennom ord og bevisst handling. En viktig forutsetning for å forstå en aldersdement med dårlig språkfunksjon er å kjenne til pasientens forhistorie, vaner og uttrykksmåter. En atferd, et ord eller et signal kan ha en bestemt mening som en må lære å kjenne. Det uttrykk de viser, er en direkte speiling av deres indre opplevelsens- og følelsesverden (Solheim 1996). Jo lengre den demente er kommet i demensutviklingen jo mindre er de kognitive funksjonene intakt som det å uttrykke et ønske om noe, smile eller bruke gester for å kommunisere med omgivelsene.

Kommunikasjonene med den demente har følger for samhandling og atferd. Det er registrert at mulige årsaker til aggressive angrep i en avdeling for demente, var kommunikasjonsproblemer antatt å være direkte foranledning til verbal eller fysisk utagering i 10 % av tilfellene (Rokstad m.fl. 1996).

Når den dementes ordforråd blir dårligere og vedkommende ikke greier å formidle egne synspunkter og opplevelser, blir vedkommende ofte fortvilet og utålmodig. Dette kan igjen føre til misforståelse og den demente kan bli irritert og utagerende. I slike situasjoner der vanskelige kommunikasjonssituasjoner oppstår, må en tolke og gjette seg fram til hva vedkommende mener. En må teste ut handlingen ved å gjøre det en tror er riktig. Tar en feil kan dette naturlig nok gjøre den demente oppgitt, forvirret og sint.

Utgangspunkt for kommunikasjon er å gjøre seg tilgjengelig for den demente. Det oppnår en ved å søke blikkontakt, stå i samme høyde og bruke fysisk berøring. Det er viktig å snakke rolig, gi en beskjed om gangen og gi god tid til respons. Korte og enkle setninger er bedre enn spørsmål eller orienteringer med mange ledd (Heap 1966).

Et viktig tiltak i møte med personer med demens som har nedsatt evne til språkforståelse og formidling, må være å redusere det som kan virke utrykt og motvirke forvirring. Når en skal legge til rette for kommunikasjon med demente må en være bevisst på omgivelsens innvirkning (Solheim 1996). Omgivelsene bør være rolige i den

forstand at det verken er bevegelse eller støy rundt personen, helst må det være stille og skjermet for uro.

Ved å kjenne til forskjellige typer kommunikasjon kan en imøtekomme den demente på en bedre måte. Hvis en ser på atferd som kommunikasjon, åpnes en mulighet til å formidle sine følelser og opplevelser (Eide og Eide 1996). Grundig observasjon av atferd i forskjellige situasjoner kan lære oss å bedre kjenne personen, og gi muligheter for å tilpasse tiltak i forhold til den enkeltes hjelpe – og omsorgsbehov. Dette tror jeg vil være med på å gi trygghet og øke livskvaliteten.

3 Empiri og drøfting

Først beskriver jeg personen, som jeg her kaller Anne, ut fra egne observasjoner og den informasjon jeg har fått i samtale med personale. Deretter gjør jeg drøftinger opp mot teorier jeg tidligere har presentert i oppgaven.

3.1 Anne.

Anne er en dame på 48 år. Hun er enslig og har ingen barn. Hun har alltid hatt nær kontakt med sine foreldre som nå er blitt gamle. Familien forøvrig består av en søster og en bror, de bor i en annen landsdel så dem har hun liten kontakt med. Anne har alltid vært en selvstendig dame og klarte seg godt i hverdagen når hun fikk bistand etter behov.

Anne har diagnosen Down syndrom som gjør at hun har en utviklingshemming av mild grad.

Hun bor i kollektiv med fire leiligheter. De andre som bor der er på samme alder og de har godt sosialt felleskap. Bofellesskapet Anne bor i er kommunalt bygget og drevet, og tar sikte på en autonom og selvstendig tilværelse. Ideologien i tjenesteutøvingen er at det ut fra brukernes ønsker og behov skal gis omsorg og praktisk bistand etter individuelle behov.

Anne planlegger og utfører selv praktiske gjøremål i leiligheten, samt ivaretagelse av personlig hygiene.

Anne er fast ansatt i en kantine 5 timer hver dag. Hun tar vanligvis buss til og fra jobb. Den senere tiden har hun noen ganger fått sitte på med en av kollegaene fordi hun ofte ikke rekker bussen.

Hun har god kontakt med dem hun jobber sammen med. De møtes ofte på fritiden, enten for å gå på kafé eller hjemme hos hverandre.

Tegn på at noe var galt oppstod for ca to år siden. Det var personalet i bokkollektivet som først oppdaget forandring i Annes væremåte. Også på arbeidsplassen oppdaget de etterhvert at hun ikke husket rutinene så godt som tidligere og at hun blei fort lei seg.

De første forandringene var at hun begynte å trekke seg mer tilbake til leiligheten, var mindre og mindre sammen med de andre på fellesrommet. Anne blei mistenksom og avvisende, og noen ganger fikk ikke personalt komme inn og hjelpe henne med de tingene de hadde hjulpet henne med tidligere. Etter en tid ga Anne uttrykk for at hun følte seg trist. Noen ganger kunne hun begynne å gråte uten grunn. Det var ofte i sammenhenger med at hun fikk beskjed om å gjøre noe eller når hun hadde glemt avtaler.

Etter hvert måtte personalet komme med påminnelser i forhold til huslige gjøremål, fordi Anne lett "glemte" dette når dagsformen ikke var på topp. Det vist seg at hun fikk problemer med å ta enkle avgjørelser, dette var nye observasjoner i Annes hverdag. For eksempel det å lage middag har hun alltid likt og synes det har vært en utfordring å få gjøre helt alene. Hun ba ofte de andre i kollektivet til middag og fikk alltid tilbakemelding om hvor flink hun var. Nå kan det forekomme at hun bare forlater middagslagingen uten å gi beskjed. Følgene av dette blir ofte svidd mat og overkokte poteter. Når Anne oppdager dette blir hun svært lei seg og ønsker å være alene i leiligheten. Etter slike situasjoner finner personalet henne ofte sittende å gråte.

Etter noen måneder ga Anne selv uttrykk for at hun husket dårlig og at hun ikke hadde oversikten over hvor sakene hennes var. Anne fikk problemer med å kommunisere og å danne gode relasjoner. Hun blei fort forvirret og klarte ikke å holde tak i samtalen. Det virket som hun gikk inn i sin "egen verden", og at det virket skremmende for henne.

Etter en lang periode med sykemelding, reduserte Anne arbeidstiden ned til to dager i uken. I denne perioden visste ikke personalet hva det kunne være som plaget Anne. Hun hadde vært hos lege som mente det bare kunne være en periode hvor hun var deprimeret.

Etter et år hadde Annes situasjonen forverret seg mye. Dette førte til kontakt med habiliteringstjenesten som ville utrede henne med tanke på demens. Etter et halvt år og grundig utredning fikk Anne diagnosen Alzheimer.

Anne trenger mer og mer hjelp i hverdagen både i leiligheten og i sosiale sammenhenger. Nå følte personalet at de hadde behov for mer kunnskap om hvilke konsekvenser en slik diagnose har for Anne. Hva måtte de bidra med for å opprettholde gode relasjoner, både med venner og personalet. De visste at dette var viktig for å opprettholde den gode livskvaliteten Anne hadde opparbeidet seg gjennom mange år.

3.2 Drøfting

Anne har diagnosen Down syndrom og fikk for kort tid siden diagnosen Alzheimer. Anne er et eksempel på at personer med utviklingshemning får symptomer på Alzheimers sykdom i tidlig alder. Forskning har kommet fram til at kombinasjonen Down Syndrom og tidlig utvikling av Alzheimer har sammenheng, begge diagnosene utvikler seg fra samme kromosomet, altså kromosom 21. Ut fra så langt forskningen er kommet i dag, kan en si at Down syndrom er en av tre sikre risikofaktorer for utvikling av Alzheimers sykdom. De andre er aldring og arv (Engedal og Haugen 2004).

Anne har i utgangspunktet ei utviklingshemming som gjør at hun har behov for bistand. Down syndrom er den best kjente kromosomforstyrrelse som fører til utviklingshemming (Bjørkman og Molander 1995). Dette syndromet gir kognitiv svikt av forskjellig grad, dyp, alvorlig og mild. Anne har mild grad og mestrer daglige aktiviteter med noe bistand.

Hun trenger hjelp til å organisere hverdagen, som for eksempel lage mat, vaske klær, personlig hygiene m.m. Når aldersrelaterte problemer begynner å melde seg, med blant annet ytterligere bistandsbehov, helseproblemer og eventuelt demensutvikling, kan det være vanskelig å vite hva årsaken er og hva som bør gjøres. I denne situasjonen er det viktig at Anne sine hjelpere og nærpå personer kjenner henne godt, hennes handlingsmønstre, vaner og ferdighetsnivå. Det som kanskje blir aller viktigst å legge vekt på framover, hva er det hun trives med å gjøre og ikke liker å gjøre.

Ut fra observasjoner nærpå personene til Anne har gjort den siste tiden, viser hun ikke den glede og tilfredsheten hun utstrålte tidligere. Nå kan ikke Anne delta på alle aktivitetene hun var med på tidligere, hun gir uttrykk for at hun føler seg isolert og alene.

Trivselsmomentet er et viktig aspekt å vektlegge for oss alle når vi blir gamle. Hvor vanskelig dette kan være for funksjonshemmede underbygger Folkestad i sin bok:

Historien til personer med multifunksjonshemninger er annerledes enn livsløpet til eldre i sin alminnelighet. Personen selv kan ha problemer med å fortelle hva hun/hun tenker og føler (Folkestad 2003).

Jeg vil tro Anne opplever aldringsprosessen følger tilnærmet samme forløp som hos befolkningen ellers. Men uansett har eldre utviklingshemmede behov for særlige tiltak om alderdommen skal bli optimal sammenlignet med befolkningen for øvrig. Om det å ha et godt verdsatt liv kan det sies så enkelt at god livskvalitet er å føle at livet og tilværelsen har en mening (Solheim 1990).

Disse vil i tillegg til sin funksjonshemming – som kan ha endret seg med årene, få aldersrelaterte tilleggssykdommer som for eksempel slitasje, fysiske plager, tretthet eller andre sykdommer. Den fysiske aldringsprosessen kan settes inn tidligere. Når en i tillegg, som Annas tilfelle, får symptomer på Alzheimer i tidlig alder, fører det til at etablerte former for hjelp til mestring eller tilrettelegging ikke passer lenger.

I St.meld.nr.50 (1996 – 97) sier følgende:

Mange funksjonshemmede lever lengre enn før på grunn av bedre behandlingstilbud. Undersøkelser viser at psykisk utviklingshemmede utvikler aldersrelaterte lidelser tidligere enn andre, bl.a. med hensyn til utvikling av aldersdemens. Vi må regne med at flere psykisk utviklingshemmede i årene framover, vil få behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester på grunn av aldersrelaterte lidelser.

Nå er Anne i den situasjonen at hun har fått flere symptomer på demens som byr på ytterligere utfordringer. Det startet med at hun ikke fant veien til bussen, glemte avtaler og begynte å bli engstelig når hun var alene. De fant henne til stadighet sittende å gråte. Denne endringen skjedde over lang tid og personalet blei svært usikker på hva dette var. Alle hadde liten erfaring med eldre utviklingshemmede og at demenstilstand kunne oppstå i tidlig alder.

På grunn av at Anne har diagnosen Down Syndrom har hun i utgangspunktet en kognitiv svikt som gir henne problemer med å mestre alt i hverdagen uten hjelp. Når hun da i tillegg får en demensutvikling gjør det at hun får ytterligere vansker med å håndtere hverdagen. Etter hvert som prosessen utvikler seg oppstår sviktende logisk tankeevne og kritisk dømmekraft samt endringer av sosial samhandling og sosiale funksjoner. Dette får konsekvenser for fungering i hverdagen og for livskvaliteten for øvrig.

Fordi livskvalitetsbegrepet har mange innfallsvinkler vil jeg drøfte noen variabler som er vanlig å nevne i omsorgsarbeid. Har skrevet litt om temaet i i teoridelen, men utdyper det her. Personalets ideologi og menneskesyn har stor innvirkning på den daglige yrkesutøvelsen.

Variabler for å måle forskjellige aspekter ved god eller dårlig livskvalitet er noe ganger vanskelig å komme fram til, men jeg vil her nevne tre begreper som ofte vektlegges glede, tilfredshet og generelt velvære. Forståelsen av begrepet bør inkludere et helhetlig fokus på personens subjektive tanker og opplevelser om seg selv og sin situasjon (Eknes 2000). Disse begrepene vil være viktig å bruke når en skal planlegge framtiden for Anne. Ut fra hvordan personalet beskriver Anne har hun vært tilfreds og gitt uttrykk for at hun alltid har hatt det bra. Hun har likt aktivitetene hun har holdt på med, både hjemme og på jobb. Men det siste året har Anne gitt uttrykk for mistriivsel, hun føler seg isolert, orker ikke være med på alle aktivitetene hun var med på tidligere. Hennes sosiale aktiviteter begrenses av at hun virker deprimert, liker best å være for seg selv og glemmer ofte avtaler som er gjort.

Personalet må endre tilretteleggingen på flere områder, både praktisk, sosialt og opprettholde god kommunikasjon. Anne må fortsatt føle at hennes rolle i forskjellige sammenhenger blir verdsatt som før, føle selvstendighet og at hun bestemmer over eget liv. Den sosiale rollen beskrives som den forventning og aktivitet brukeren enten gjør sammen med andre eller har i forhold til andre (Eknes, 2000).

For å opprettholde god livskvalitet krever det at en har et aktivt sosialt forhold til andre. I fellesskap og samhandling med andre skapes vår identitet. Samvær med andre er nødvendig for å kommunisere følelser og behov og få tilfredsstilt disse (Ekenes, 2000).

I Annes livssituasjon, med diagnosen Alzheimer, stiller det store krav til hjelperne og omgivelsene til å legge til rette for å kunne opprettholde tidligere sosiale kontakter, både på jobb og på fritiden. Hun har gitt uttrykk for at det sosiale fellesskapet på jobb har vært viktig for henne. Fordi Anne har gamle foreldre og søsken som bor på en annen kant av landet, er venner og arbeidskolleger de hun har mest sosialt fellesskap med.

Linge påpeker at selvbilde er noe vi utvikler og opprettholder i et sosialt samspill (Linge 1996). Fordi Anne har et lite sosialt nettverk kan utviklingen av Alzheimer få negative konsekvenser for sjølbildet og dermed også få noe å si for den framtidige livskvaliteten. Kontakten med nettverket har i all hovedsak vært avhengig av at Anne sjøl oppsøkte det. Det gjelder både jobb og på fritiden. Foreldrene pleier å komme på besøk en gang i uka, men den siste tiden har det blitt færre besøk. De gir uttrykk for at de er bekymret for Anne, og lurer til stadighet på om hun får den omsorgen hun har krav på.

Fordi mennesker har begrenset sitt sosiale nettverk til å gjelde bare enkelte områder, fører det til at funksjonstap/svikt får store konsekvenser for livskvaliteten videre i livet (Linge 1996). Det er vesentlig å være klar over at disse faktorene er knyttet til hvordan vi oppfatter oss selv og preger vårt selvbilde. For Anne er det viktig å opprettholde sine ferdigheter og aktiviteter så lenge som mulig slik at hun ikke får følelsen av å ikke strekke til. Dette er vanskelig for de som skal hjelpe henne, spesielt fordi hun har en kognitiv svikt i utgangspunktet. Funksjonshemmingen hun har hatt fra fødselen fører sannsynligvis til at progresjon i demensutviklingen går forttere hos henne enn hos personer som ikke har noen diagnoser fra før.

Ut fra kunnskap jeg har tilegnet meg om demente, kommunikasjon og livskvalitet, mener jeg det er viktig å se dette i en sammenheng. Livskvalitet har sammenheng med trivsel, trygghet, følelse av egenverd og selvstendighet. God kommunikasjon kan være avgjørende om dette opprettholdes.

Det nonverbale gir mulighet til å formidle flere budskap samtidig, og gir dermed større utdypelse til relasjonen både positivt og negativt. Det kan undergrave eller forsterke det verbale utsagnet. Det er her jeg mener vi må være veldig varsom når vi kommuniserer med Anne. Her blir det viktig å prøve å forsterke det vi sier ved at vi har et tydelig nonverbalt språk som er med på å underbygge det vi verbalt sier. Det er nyttig å bruke

kroppsspråket for å understreke det budskapet en vil ha frem, og unngå å gi motstridende signaler verbalt og ikke-verbalt.

Ut fra litteraturstudie oppfatter jeg det slik at kommunikasjon, demens og livskvalitet henger nøye sammen. Gjennom kommunikasjon kan en få bekreftelse på egenverd, god selvfølelse, trygghet og selvstendig liv. Blir ikke den demente hørt når han prøver å formidle noe kan det over tid gå utover selvfølelsen og selvbildet (Heap, 1996). For Anne som er på et tidlig stadie i demensutviklingen er dette viktig å ha kunnskap om.

Ved at kommunikasjonsferdighetene blir vedlikeholdt mener jeg at Anne kan opprettholde den sosiale kontakten med omgivelsene og at den sosiale samhandlingen med andre blir opprettholdt. For henne er dette viktig for å kunne gi uttrykk for sine ønsker og behov, og å opprettholde den sosiale kontakten med venner.

Heap (1996) mener kommunikasjon er grunnleggende element i samhandling med alle mennesker, dette for å få bekreftelse på at vi er verdifulle. Heap mener videre at kildene til kommunikasjonsproblemer ligger i at man ikke klarer å uttrykke seg eller at man ikke klarer å forstå budskapet. Hvis tjenesteyterne skal klare å formidle åpenhet og inngå tillit, må det være kongruens mellom det vi sier og det vi uttrykker med kroppsspråket i samhandling med Anne. Det er viktig å vise handlingen visuelt for å forsterke det verbale. Anne får da hørt beskjedne og fått den forsterket med for eksempel peking, mimikk eller andre gester. Personer med demens er sårbare og lett å krenke, og som raskt fornemmer signaler på akseptasjon eller utilstrekkelighet (Rokstad m.fl. 1996).

Under observasjonen fant jeg ut at jeg ikke måtte gi for mange alternativer å velge mellom, Anne fikk ofte problemer med å bestemme seg eller forstå hva alternativene var. Dette var nok et resultat at Anne allerede hadde en redusert språkforståelse.

Noen ganger satte vi oss sammen med Anne når vi pratet til henne, holde henne i handa eller rundt skuldrene. Det virket som det gav henne trygghet. Solheim (1990) sier berøring er med på å skape trygghet, med en hand på armen til den demente vil dette forsterke oppmerksomheten ved det en sier.

Solheim (1990) sier trivsel, trygghet, følelse av egenverd og god selvfølelse har sammenheng med god livskvalitet, dette er ting som bygges opp ved hjelp av kommunikasjon.

Et annet problem som oppstår er når en med kognitiv svikt ikke klarer å kommunisere eller sette ord på somatiske plager. Når en har vansker med å uttrykke seg verbalt kan det være et hinder for å gjøre rede for subjektive plager. Kognitiv svikt er i noen tilfeller en av de viktigste årsaker til alvorlige kommunikasjonsvansker hos gamle (Bondevik og Nygård 1999). Fordi Annes tidligere diagnose som gir kognitiv svikt blir det en ekstra utfordring for personalet og ha kommunikasjon og kommunikasjonsform i fokus når hun nå i tillegg har fått Alzheimer. Bondevik og Nygård (1999) sier videre at det er viktig at en i tillegg til å prate med den demente må ha evnen til å tolke signaler og ikke automatisk tenke demens - atferdsforstyrrelse. Slik får en sjekket ut om det kan være somatiske plager som kan gi en avvikende atferd.

4 Oppsummering

Etter å ha gjennomgått en god del litteratur om eldre og aldring viser det seg at lite er skrevet om aldringsforløpet hos personer med utviklingshemming. Men ut fra den forskningen som er gjort på området viser det seg at aldringsforandringer blant funksjonshemmede starter gjerne tidligere hos dem enn hos befolkningen for øvrig.

”Å leve med alvorlige funksjonshemninger, uansett type, leder hos noen personer til nedsettelse av visse kroppslige funksjoner tidligere enn hvis de ikke hadde vært funksjonshemmet. Imidlertid ser det ut til at det er store variasjoner fra person til person” (Binder 2000:15).

Utviklingshemmede som lever lenge er relativt godt fungerende, har færre tilleggshandikap og har gjerne bedre sosiale og selvhjelpsferdigheter enn gjennomsnittet blant yngre mennesker med utviklingshemming (Bondevik og Nygård 1999).

Aldringsprosessen hos utviklingshemming som blir gamle er stort sett lik den som hos befolkningen for øvrig. Noen mener den starter tidligere fordi de har ei funksjonshemming i utgangspunktet, men *aldringsprosessen* er stort sett lik. Den største utfordringen er utviklingshemmede som blir dement, og spesielt de som får sykdommen i tidlig alder. Personer som har utviklingshemming har færre ferdigheter enn andre og har i utgangspunktet manglende evne til å finne handlingsalternativer til å løse problemer. Dette gjør at de lettere dekompenierer når de får en demenssykdom. Det reduserte funksjonsnivået blir tidligere åpenbart når aldersrelaterte sykdommer oppstår og i neste omgang får ytterligere konsekvenser for funksjonshemmingen (Bondevik og Nygård 1999).

For å belyse problemstillingen har jeg brukt teorier om ideologi og menneskesyn i samfunnsutviklingen, aldring, utviklingshemming og demens og kommunikasjon. Ved å se teoriene og beskrivelsen av Anne i forhold til hverandre, har jeg fått bedre kjennskap til hvordan hverdagen kan arte seg for unge utviklingshemmede med Alzheimer. Videre hvordan kommunikasjon og omgivelsene er med på å påvirke livskvaliteten til Anne.

Det som blir viktig i framtiden er å få mer kunnskap om når og hvordan legge til rette for en god alderdom for funksjonshemmede som i tidlig alder får alderssymptomer. Dette er en utfordring både for forskere og helsepersonell.

Jeg har underveis i skrivingen hatt et klart brukerperspektiv i fokus, altså hatt Annes ressurser og meninger sentralt i drøftingene. Har vist hvordan kommunikasjon er særdeles viktig når vi er sammen med Anne og at vi hele tiden har kunnskap om hvordan forskjellige sider ved kommunikasjonen har innvirkning på relasjonen. Det jeg også mener er viktig å få fram er hvor viktig det er for Anne og fortsatt delta i de daglige aktivitetene hun har gjort tidligere.

Ut fra litteraturen og drøftingen mener jeg at kommunikasjon er et viktig redskap for å hindre unødvendig forvirring og styrke personens selvbylde. Hos personer med Down syndrom som får diagnosen Alzheimer vil kognitiv fungering bli ytterligere redusert, og kommunikasjonsproblemer vil oppstå i tidlig alder. Dette er en stor utfordring for pårørende og helsepersonell, og krever at det må legges til rette for å få økte kunnskap om temaet. Økt kompetanse i kommunikasjon og kommunikasjonsteknikker er sentralt for å kunne gi demente en følelse av å bli hørt og akseptert. Ved at Anne erfarer gode relasjoner med personalet, kan det motivere, støtte og hjelpe henne i samspill og kommunikasjon med de andre beboerne og vennene for øvrig. Så lenge hun føler hun mestrer dette vedlikeholdes selvfølelsen og den subjektive livskvaliteten.

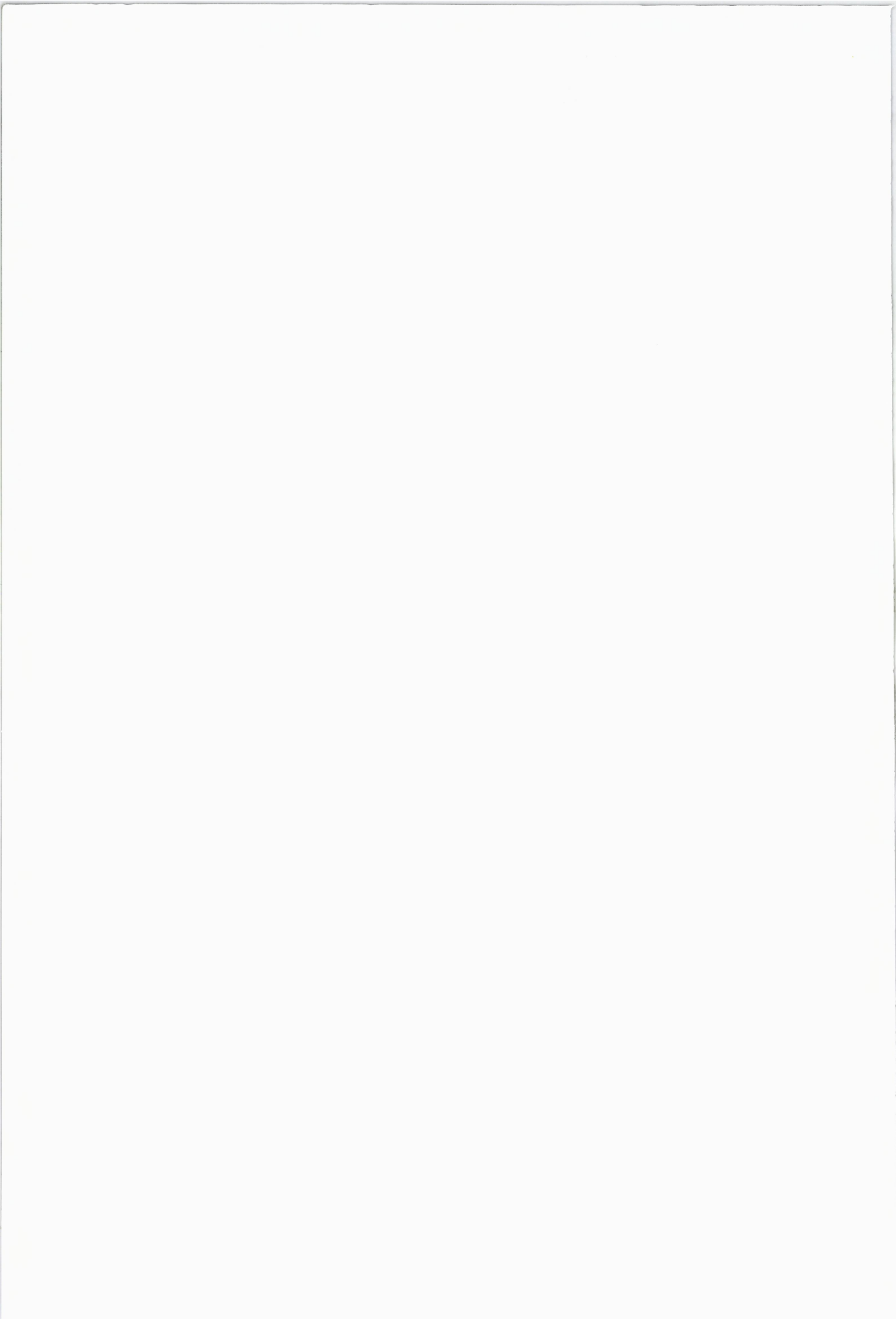
Næss sier følgende om livskvalitet:

”En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har god selvfølelse eller har en grunnstemning av glede” (Næss,1988:11).

Om Anne har god livskvalitet er vanskelig å vite, som nevnt tidligere er det en subjektiv følelse. Men jeg mener ved å være bevisst og opprettholde tilpasset kommunikasjon, at hun fortsatt får delta i daglige praktiske og sosiale aktiviteter, vil være med på å opprettholde Annes gode livskvalitet.

Solum (1994) har delt livskvalitetsbegrepet inn i dimensjoner og nevner følgende som de mest vesentlige:

- Deltagelse i sosialt liv
- Anerkjennelse og verdsetting
- Kunnskaper og ferdigheter
- Frihet og selvstendighet



Helt avslutningsvis vil jeg framheve disse fire dimensjonene som viktig når en skal legge til rette for god omsorg for personer som har fått utviklet Alzheimer sykdom. Med utgangspunkt i en ideologi der brukervedvirkning står sentralt er samhandling og kommunikasjon viktige virkemidler for bistandsyterne for å kunne gi den hjelpen det er behov for. Det er øyeblikkets opplevelse som må være rettesnor for tolkning av hvordan Anne opplever livet sitt.

For å kunne gi Anne trygget og en god livskvalitet må hun ha forutsigbar hverdag hvor hun kan være sin egen herre og få den hjelpen hun har behov for.

5 Litteraturliste

Aadland, E.(1998): *"Og eg ser på deg..."*. Tano Aschehoug. Oslo

Binder, T. (2000): *Å leve med funksjonshemming - samtaler med mennesker som har levd en stund*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Sem.

Bondevik, M. og Nygaard, H. (1999): *Tverrfaglig geriatri*. Fagbokforlaget. Oslo.

Bjørkmann, M. og Molander, L. (1995): *Når utviklingsstørda åldras*. Liber utbildning AB. Sverige.

Bredland, E., Linge, O. og Vik, K., (1996): *Det handler om verdighet*. Universitetsforlaget. Oslo.

Dalland, O. (1997): *Praksis, kunnskap og refleksjon*. Universitetsforlaget. Oslo.

Demens 7/2003: *Autonomi og behandling*.

Eide, H. og Eide, T.(1996): *Kommunikasjon i relasjoner*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Eknes, J. (2001): *Utviklingshemning og psykisk helse*. Universitetsforlaget. Oslo

Engedal, K og Haugen, P (2004): *Demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Sem

Folkestad, L. (2003): *Veiledning om multifunksjonshemming og aldring*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Sem

Halvorsen, K. (1993): *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Bedriftsøkonomenes forlag, Oslo

Heap, K. (1996): *Samtalen i eldreomsorgen*. Kommuneforlaget. Oslo

- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Martinsen, K. (1990) *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*. Gyldendal.
- Næss, S.(1996) : *Hva er livskvalitet?*. Scandinavian Journal of Behavior Therapy
- Rokstad m.fl. (1996): *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Info-banken. Sem.
- Rundskriv 1 – 19 (2000); *Status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Sammenfatning av resultatene fra kommunenes rapportering 1990 mv*. Sosial og helsedepartementet. Oslo.
- Solheim, K. (1995): *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Tano. Oslo.
- Solheim, K. (1996): *Demensguiden, holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Tano Aschehoug. Oslo
- Solum, E. (1993): *Normalisering; grunnlag og mål for omsorg*. Ad notam Gyldendal
- St. meld. Nr. 50: (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Sosial- og helsedepartementet. Oslo
- NOU 2001: 22: *Fra bruker til borger*. Helse og sosialdepartementet. Oslo
- Værøy, H. og Værøy, M. (2004): *Nevropsykiatri*. Gyldendal. Oslo.
- Wetterberg, G. (2003): *Rapport til ekspertgruppen for studier i offentlig økonomi*. Forvaltningen Stockholm.

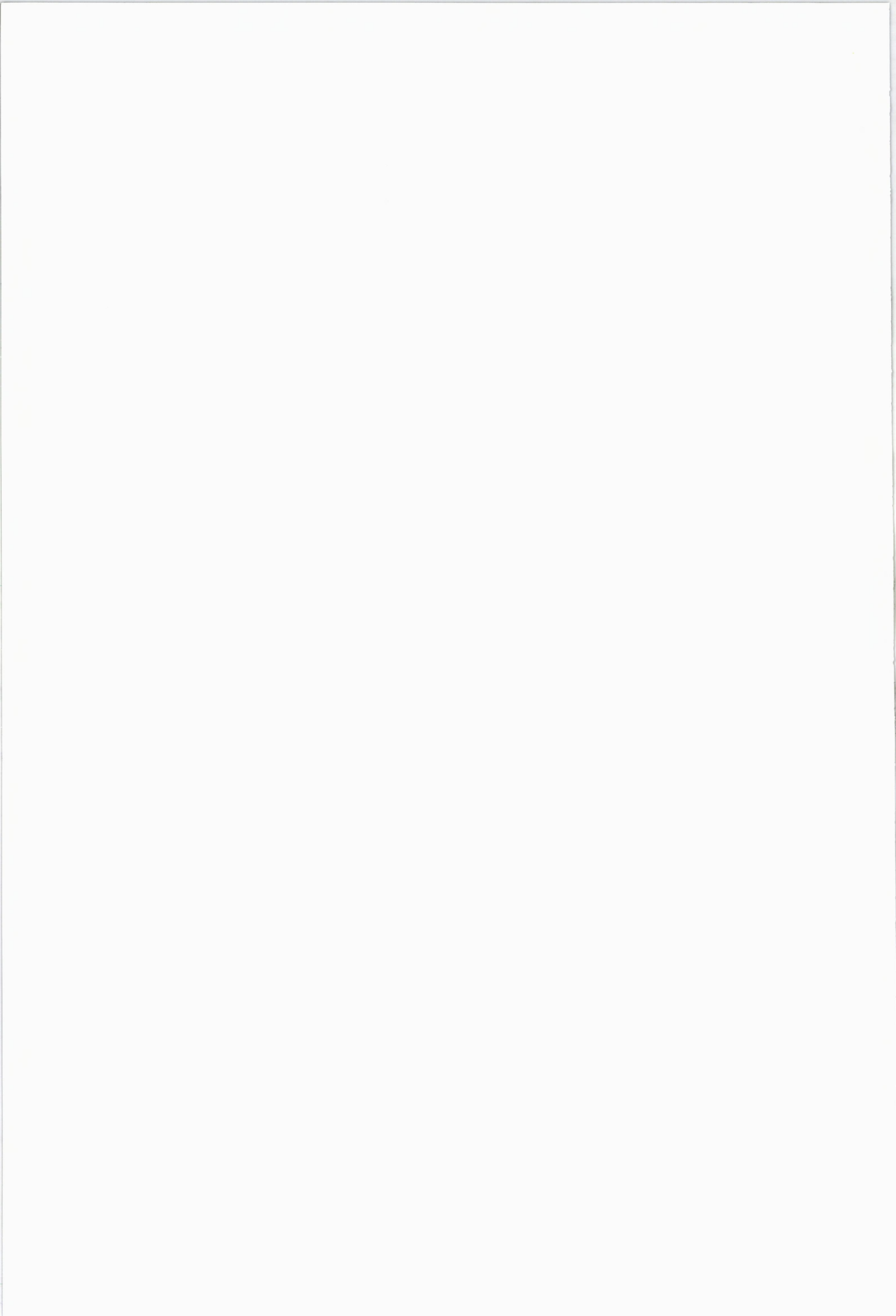


Publikasjonsliste fra Høgskolen i Harstad

Fra og med 1996 ble tidligere publikasjonsserier ved Høgskolen i Harstad erstattet med en **Skriftserie** og en **Arbeidsnotatserie**. Arbeidsnotatserien opphørte 2002.

Skriftserien - ISSN 0807-2698

- 2007/01 **Solbjørg, Henny Kinn:** "Utviklingshemming og aldring" (ISBN 82-453-0212-0) Kr 60,-
- 2006/03 **Aina A. Kane:** "Barnevernarbeid i Norge og England – En fremstilling og sammenligning av de juridiske rammer rundt intervensjon i familier ved mistanke om omsorgssvikt" (ISBN 82-453-0211-2) Kr 120,-
- 2006/02 **Steinar Johansen:** "The New Public Management and the elderly care in Scandinavia: What does the literature tell us?" (ISBN 82-453-0210-4) Kr. 50,-
- 2006/01 **Bjørn-Eirik Johnsen:** "Vernepleierutdanningen og sosialt arbeid" (ISBN 82-453-0209-0) Kr. 50,-
- 2005/11 **Steinar Johansen:** "Menns valg av helsefaglig utdanning ved Høgskolen i Harstad – Høsten 2005" (ISBN 82-453-0208-2) Kr. 30,-
- 2005/10 **Thomas Gressnes / Frode Lindseth:** "Full fart i gal retning?" (ISBN 82-453-0207-4) Kr. 30,-
- 2005/09 **Gjermund Holsæter:** "Forventninger til kommende kvalitetssikringssystem for høgere studiekvalitet ved Høgskolen i Harstad" (ISBN 82-453-0206-6) Kr. 120,-
- 2005/08 **Lars Bjørgum (red.) / Aina A Kane (red.):** "Barn i hardt vær – ulike perspektiver på omsorg" (ISBN 82-453-0205-8) Kr. 120,-
- 2005/07 **Viktor Sommerbakk:** "Kirovsk psykonevrologiske internat" (ISBN 82-453-0203-1) Kr. 80,-
- 2005/06 **Stein Mikkelsen / Vegard Schancke / Pål Domben:** "Kunnskapsbase på nett – brukererfaringer og interaktivitet En undersøkelse med fokus på storbrukere av den nasjonale IKT-baserte tjenesten 'forebygging.no'" (ISBN 82-453-0202-3) Kr. 60,-
- 2005/05 **Stein Mikkelsen:** "Økt brukerfokus gjennom moderne organisasjonsløsninger? Kommunale enhetslederes vurdering av forholdet mellom resultatenheter og brukerorientering." (ISBN 82-453-0201-5) Kr. 60,-
- 2005/04 **Steinar Johansen / Anne-Karin Pettersen:** "Mennesker med alvorlig psykiske lidelser - en tverretattlig utfordring. Hva hemmer og fremmer et samkjørt hjelpetilbud? En studie av tverretattlig samarbeid mellom sentrale helse og sosialetater i Harstad" (ISBN 82-453-0200-7) Kr. 130,-
- 2005/03 **Harald Torsteinsen:** "Resultatenhetsmodellen som kommunal reformidé" (ISBN 82-453-0197-3) Kr. 60,-
- 2005/02 **Harald Torsteinsen:** "Resultatenhetsmodellen – en kortfatta presentasjon" (ISBN 82-453-0198-1) Kr. 50,-
- 2005/01 **Tor J Schjelde:** "Utvikling av LMS-systemet ClassFronter:
- til å bli et samarbeidsverktøy
- til å støtte opp mot målet å utdanne selvregulerende studenter"
(ISBN 82-453-0196-5) Kr. 100,-
- 2004/05 **Viktor Sommerbakk:** "Psykisk utviklingshemmede på sykehus: Hva er utfordringene – og for hvem?" (ISBN 82-453-0197-7) Kr. 100,-
- 2004/04 **Lars Bjørgum/Terje Thomsen:** "Problembasert læring på 10 minutter" (ISBN 82-453-0194-9) Kr. 50,-
- 2004/03 **Henny Kinn Solbjørg:** "Inkluderende skole. Hvordan tilrettelegges opplæring for elever med utviklingshemming?" (ISBN 82-453-0190-6) Kr. 120,-
- 2004/02 **Tore Einar Johansen:** "Middelalderkirken på Trondenes. Tiden, kirken og kunsten" (ISBN 82-453-0193-0) Kr. 90,-
- 2004/01 **Trond Bottolfson/Henry Bjånesø:** "Hvordan kan effekten av læring måles?" (ISBN 82-453-0190-6) Kr 100,-
- 2003/05 **Tanja Susann Ihlhaug:** "Engler, - finnes de?" Hvordan foreldre til barn med psykisk utviklingshemming har opplevd møtene med de offentlige ansatte (ISBN82-453-0189-2) Kr. 150,-
- 2003/04 **Petter Román Øien:** "Hålogalandsrapport 2003 – Status og utfordringer i regionen" (ISBN82-453-0189-2) Kr. 70,-



- 2003/03 **Kristian Floer / Tina Skudal:** "Kunstudanning for mennesker med utviklingshemming" (ISBN 82-453-0187-6) Kr. 110,-
- 2003/02 **Odd Birger Hansen:** "Et teoretisk rammeverk for å studere endringer av regnskaper" (ISBN 82-453-0186-8) Kr. 60,-
- 2003/01 **Rolf Wynn:** "Legemiddellære – en kort innføring" (ISBN 82-453-0184-1) Kr. 70,-
- 2002/13 **Trude Høgvold Olsen/Silje Norheim/Ane N Stray-Pedersen:** "Balansert målstyring i en kommune: Implikasjoner for organisasjonsmessig læring" (ISBN 82-453-0183-3) Kr. 60,-
- 2002/12 **Line Melbøe Sagen:** "'Da sier jeg heller pannekake.....' Om å fremme talespråket til barn med Down syndrom i barneskolen" (ISBN 82-453-0182-5) Kr. 110,-
- 2002/11 **Viggo Andreassen:** "Optimal verdiskaping i det geografiske rom" (ISBN 82-453-0181-7) Kr. 90,-
- 2002/10 **Bjørn-Eirik Johnsen:** "Den innbilt fremmede. Om omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming" (ISBN 82-453-0108-9) Kr. 120,-
- 2002/09 **Tor J Schjelde:** "Læring og Forståelse" (ISBN 82-453-0179-5) Kr. 60,-
- 2002/08 **Lars Bjørgum:** "Rapport fra konferansen *Seksuelle overgrep mot barn* i Harstad, 1. – 2. november 2001" (ISBN 82-453-0178-7) Kr. 130,-
- 2002/07 **Odd Birger Hansen:** "Regnskap i en entreprenøriell kontekst. En casestudie av et konsern i vekst" (ISBN 82-453-0177-9) Kr. 130,-
- 2002/06 **Terje Thomsen:** "Ansvar for egen læring på ti minutter" (ISBN 82-453-0176-0) Kr. 50,-
- 2002/05 **Inger S Martinussen:** "Basal sansestimulering SNOEZELEN – del av et undervisningsopplegg" (ISBN 82-453-0175-2) Kr. 50,-
- 2002/04 **Gunn Karin Stenhaug:** "Omsorgens uttrykk i operasjonssykepleie. En kvalitativ studie av operasjonssykepleiernes hverdag" (ISBN 82-453-0174-4) Kr. 120,-
- 2002/03 **Odd Birger Hansen:** "Regnskap, entreprenørskap og kontekst. En introduksjon" (ISBN 82-453-0173-6) Kr. 90,-
- 2002/02 **Ingvild Marheim Larsen / Ole-Jacob Skodvin:** "Evaluering av administrasjonen ved Høgskolen i Harstad" (ISBN 82-453-0172-8) Kr. 100,-
- 2002/01 **Hege Lerkerød:** "Død på menyen. Alderdom, måltider og dødsriter belyst ved institusjonen -sykehjem" (ISBN 82-453-0170-1) Kr. 100,-
- 2001/07 **Rikke Gürgens:** "Tegn i tiden – minoritetskultur eller ren kunst" (ISBN 82-453-0166-3) Kr. 90,-
- 2001/06 **Lars Bjørgum:** "Fosterhjemsplassering av innvandrerbarn: Hva avgjør plassering i norsk vs etnisk fosterhjem?" (ISBN 82-453-0165-5) Kr. 90,-
- 2001/05 **Odd Birger Hansen:** "Noen styringsmessige utfordringer i nystartede virksomheter" (ISBN 82-453-0164-7) Kr. 50,-
- 2001/04 **Trond Hammervoll:** "Governance problems in vertical interorganisational relationships: A dependence perspective". (ISBN 82-453-0163-9) Kr. 80,-
- 2001/03 **Randi Saasen:** "På nye stier – En evaluering av samordnerens rolle i 6 familierådslag i Harstad/Kvæfjord" (ISBN 82-453-0161-2) Kr. 70,-
- 2001/02 **Odd Birger Hansen:** "Topplederlønn – belyst ut fra ulike teoretiske perspektiver" (ISBN 82-453-0160-4) Kr. 50,-
- 2001/01 **Anne Marie Bakken:** "Rehabilitering i kommunene i Nordland, Troms og Finnmark" (ISBN 82-453-0159-0) Kr. 90,-
- 2000/14 **Lars Bjørgum:** "Barn og skilsmisse: Konsekvenser for utvikling av barn og unges identitet, intimitet og kjærlighetsforhold" (ISBN 82-453-0155-8) Kr. 60,-
- 2000/13 **Arild Wikan:** "From Chaos to Chaos – An Analysis of a Discrete Age-structured Prey-Predator Model" (ISBN 82-453-0153-1) Kr. 60,-
- 2000/12 **Terje Thomsen / Bjørn-Eirik Johnsen / Viktor Sommerbakk:** "«Nære studier for fjerne studenter?»". (ISBN 82-453-0151-5) Kr. 100,-

- 2000/11 **Stein Mikkelsen:** «Problemer og paradokser i forebyggende arbeid». (ISBN 82-453-0150-7) Kr. 50,-
- 2000/10 **Tor Schjelde:** «Læring, undervisning og vurdering/eksamen ved vernepleierutdannelsen». (ISBN 82-453-0148-5) Kr. 70,-
- 2000/09 **Turid Kayser Kvalø:** «Byråkraten og klienten i velferdsstaten». (ISBN 82-453-0146-9) Kr. 50,-
- 2000/08 **Ruben Moi:** «'Anonymous: *Myself and Pangur*': What is the point of Paul Muldoon's postmodernist play in *Hay?*». (ISBN 82-453-0145-0) Kr. 50,-
- 2000/07 **Harald Torsteinsen:** «Den økte effektivitetsfokuseringen i norske kommuner - - *motefenomen eller rasjonell nyorientering?*». (ISBN 82-453-0144-2) Kr. 50,-
- 2000/06 **Ruben Moi:** «Dissertation, discourse, différance and dissemination: an attempt to apprehend the Derridean movements of writing.». (ISBN 82-453-0143-4) Kr. 50,-
- 2000/05 **Viggo Andreassen:** «Arbeidsledighet og økonomisk teori». (ISBN 82-453-0142-6) Kr. 60,-
- 2000/04 **Viggo Andreassen:** «Nytte-Kostnadsanalyse som beslutningsverktøy». (ISBN 82-453-0141-8) Kr. 80,-
- 2000/03 **Viggo Andreassen:** «Ulike årsaker til offentlig intervensjon i et lands økonomi». (ISBN 82-453-0139-6) Kr. 60,-
- 2000/02 **Grete Hagebakken:** «Privatisering av eldreomsorg: Med Sverige som forbilde? En gjennomgang av svenske erfaringer og holdninger til kommersiell privatisering av eldreomsorg, sett i sammenheng med dagens norske situasjon» (ISBN 82-453-0138-8) Kr. 70,-
- 2000/01 **Ådne Danielsen:** «Mot New Public Management i Norske kommuner? Om reformer og omstillingsprosesser i kommunal sektor». (ISBN 82-453-0136-1) Kr. 70,-
-
- 1999/18 **Jan-Sverre Isaksen:** «Ekstern analyse av kortsiktig konkurrisiko for modne aksjeselskaper». (ISBN 82-453-0135-3) Kr. 70,-
- 1999/17 **Harald Bergland / Pål Andreas Pedersen:** «Regulering av forurensninger fra produsenter og konsumenter». (ISBN 82-453-0134-5) Kr. 70,-
- 1999/16 **Arild Wikan:** «Periodic Phenomena in a Discrete Age-Structured Prey-Predator Model - *I Density Dependent Survival Probabilities*». (ISBN 82-453-0133-7) Kr. 60,-
- 1999/15 **Ådne Danielsen:** «Metaforbruk i organisasjonsteoretisk litteratur». (ISBN 82-453-0132-9) Kr. 60,-
- 1999/14 **Turid Kayser Kvalø:** «Du kan ikke sitte på rumpa og vente på studiekvalitet – *Hva er studiekvalitet og hvordan måle det?*». (ISBN 82-453-0131-0) Kr. 90,-
- 1999/13 **Marit Ruth Rustad:** «Omsorgsideologi i praksis - *En studie av hverdagsliv til mennesker med psykisk utviklingshemming, sett i lys av ansvarsreformens intensjoner*». (ISBN 82-453-0130-2) Kr. 120,-
- 1999/12 **Hilde Nordahl-Pedersen:** «Brukernes erfaringer med trygdekantoret». (ISBN 82-453-0129-9) Kr. 70,-
- 1999/11 **Mette Ravn Midtgard / Jan Vidar Haukeland:** «Fiskeværet som feriested». (ISBN 82-453-0128-0) Kr. 50,-
- 1999/10 **Tor J. Schjelde:** «Vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger i skolen. *Hvilken formell kompetanse har de og hvilke arbeidsoppgaver bør de ha i skolen?*». (ISBN 82-453-0126-4) Kr. 50,-
- 1999/9 **Steinar Johansen:** «Konkurranseutsetting av pleie og omsorgstjenester - *Rasjonell handling eller legitim tilpasning- Organisasjonsteoretiske utfordringer for en empirisk studie*». (ISBN 82-453-0126-4) Kr. 60,-
- 1999/8 **Rikke Gürgens:** «Å forske på annerledeshet. *Det usedvanlige teater sett som et semiotisk fenomen, en hermeneutisk prosess og et terreng for 'grounded theory'*». (ISBN 82-453-0125-6) Kr. 50,-
- 1999/7 **Ådne Danielsen:** «FINNES DET EN POSTMODERNE POLITIKK? *Tanker rundt modernitet og postmodernitet som samfunnsmessige tilstander med omsorgspolitikk for mennesker med psykisk utviklingshemming som eksempel*». (ISBN 82-453-0124-8) Kr. 50,-
- 1999/6 **Ådne Danielsen:** «Organisasjonsfeltbegrepet innenfor nyinstitusjonell organisasjonsteori» (ISBN 82-453-0122-1) Kr. 50,-
- 1999/5 **Harald Torsteinsen:** «Effects of privatization and competitive tendering on local government – a comparative study.» (ISBN 82-453-0121-3) Kr. 50,-

- 1999/4 **Rolf Wynn:** «Conversation Analysis and the Conversational Rules» (ISBN 82-453-0119-1) Kr. 50,-
- 1999/3 **Stein Mikkelsen:** «SAFE COMMUNITY - SYMBOL OG SAMARBEID Sluttrapport fra studie av lokalt ulykkesforebyggende arbeid organisert etter WHO's Safe Community (Trygge Lokalsamfunn)-modell.» (ISBN 82-453-0118-3) Kr. 60,-
- 1999/2 **Terje Thomsen:** «Mot fremtidens utdannelse - om skjønnheten og udyret i høgere utdanning». (ISBN 82-453-0117-5) Kr. 50,-
- 1999/1 **Rolf Utkvitne:** «Harstad og nyetableringer i detaljhandelen». (ISBN 82-453-0115-9) Kr. 90,-
- 1998/20 **Rikke Gürgens:** «Regiroller og teaterorganisering. Casestudie av Bentein Baardsons regi av 'Garmann & Worsø & Co' på Rogaland teater.» (ISBN 82-453-0114-0) Kr. 130,-
- 1998/19 **Tore Høgås:** «Deconstructing and Reconstructing the Text: Intertextualities of Literature, Body, and Nature in Jane Smiley's A Thousand Acres.» (ISBN 82-453-0113-2) Kr. 130,-
- 1998/18 **Harald Torsteinsen:** «Om å skynde seg langsomt. Hvordan skape oppslutning om organisasjonsreformer i kommunesektoren?» (ISBN 82-453-0112-4) Kr. 40,-
- 1998/17 **Truls Erikson:** «Intellektuell kapital: Hvilke grep må til?» ISBN 82-453-0111-6) Kr. 40,-
- 1998/16 **Ruben Moi:** «Voice and Vision - An analysis of the Allegorical Aspects in Seamus Heaney's Oevre» (ISBN 82-453-0110-8) Kr. 120,-
- 1998/15 **Tore Einar Johansen / Kjell Toften:** «Retraining of Russian Military Officers - a feasibility study» (ISBN 82-453-0109-4) Kr. 50,-
- 1998/14 **Alexander Kwesi Kassah:** «The Community Idea» (ISBN 82-453-0107-8) Kr. 50,-
- 1998/13 **Alexander Kwesi Kassah:** «Community-Based Rehabilitation in the city: A case of Jamestown-Accra, Ghana» (ISBN 82-453-0105-1) Kr. 50,-
- 1998/12 **Kjell Toften:** «Chain Integration in the Norwegian Hotel Industry - industry overview, causes, and some strategic implications (ISBN 82-453-0104-3) Kr. 50,-
- 1998/11 **Baard Borge:** «NS' mange ansikter: Innholdsanalyse av et propagandaskrift fra 1944» (ISBN 82-453-0103-5) Kr. 70,-
- 1998/10 **Truls Erikson:** «Entrepreneurial Capital - The Emerging Venture's Most Important Asset & Competitive Advantage» (ISBN 82-453-0098-5) Kr. 40,-
- 1998/9 **Anne Marit Bygdnes:** «Toalett-trening av mennesker med psykisk utviklingshemming. En teoretisk drøfting og et empirisk bidrag». (ISBN 82-453-0097-7) Kr. 120,-
- 1998/8 **Tanja Susann Ihlhaug/Leif Hugo Hansen:** «Medbestemmelse eller mer bestemmelse? - bruker lederne de tillitsvalgte?» - En undersøkelse om ledelsesatferd og ansattes medbestemmelserett i kommunal virksomhet i Troms Fylke. (ISBN 82-453-0096-9) Kr. 90,-
- 1998/7 **Kjell Toften:** «Express Reiser - Scandinavian Package Tour Industry» (ISBN 82-453-0095-0) Kr. 40,-
- 1998/6 **Stein Mikkelsen:** «Safe Community - Symbol and Co-operation. A study of inter-sectoral co-operation and development in a Norwegian community» (ISBN 82-453-0094-2) Kr. 50,-
- 1998/5 **Truls Erikson:** «A Study of Entrepreneurial Intentions Among a Cohort MBAs - The Extended Bird Model». (ISBN 82-453-0093-4) Kr. 50,-
- 1998/4 **Arild Wikan:** «4 Periodicity in Leslie Matrix Models with Density Dependent Survival Probabilities» (ISBN 82-453-0092-6) Kr. 70,-
- 1998/3 **Arild Wikan:** «Dynamical Consequences of Reproductive Delay in Leslie Matrix Models with Nonlinear Survival Probabilities» (ISBN 82-453-0091-8) Kr. 70,-
- 1998/2 **Terje Thomsen:** «Gruppeintervjuet - avgrensning, anvendelse og anvisning» (ISBN 82-453-0089-6) Kr. 50,-
- 1998/1 **Alexander Kwesi Kassah:** «Community Based Rehabilitation and Stigma Management by Physically Disabled People in Ghana». (ISBN 82-453-0088-8) Kr. 50,-
- 1997/17 **Tore L. Jensen:** «Interorganizational Governance Structure and Outlet Economic Performance». An Application of Accounting Data in Interorganizational Performance Measurement. (ISBN 82-453-0088-8) Kr. 110,-

- 1997/16 **Tore L.Jensen:** «En analyse av ukedagseffekter i futuresmarkedet for elektrisk kraft». (ISBN 82-453-0086-1) Kr. 50,-
- 1997/15 **Baard Borge:** «Krig, oppgjør og nasjonal konsensus - Etterkrigs- oppgjørens sosiale virkninger i Nederland, Danmark og Norge». (ISBN 82-453-0084-5) Kr. 50,-
- 1997/14 **Tore Einar Johansen:** «Myter og virkelighet om samer - 'de e forskjell på folk og finna'» (ISBN 82-453-0083-7) Kr. 40,-
- 1997/13 **Eli Samuelsen:** «Den besværlige tiden» - Betragtninger om praksisopplæringen i sykepleierutdanningen (ISBN 82-453-0082-9) Kr. 50,-
- 1997/12 **Eli Samuelsen:** «Du er ikke verdig en plass i herberget – Refleksjon over etikk og etiske vurderingers plass i sykepleien» (ISBN 82-453-0081-0) Kr. 50,-
- 1997/11 **Vegard A. Schancke/Miriam G. Lukwago:** «A Programme for Early Intercultural Psychosocial Intervention for Unaccompanied Minor Asylum Seekers and Refugees (EM) - a Group Approach» (ISBN 82-453-0080-2) Kr. 50,-
- 1997/10 **Hilde Nordahl-Pedersen:** «Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon» (ISBN 82-453-0068-3) Kr. 50,-
- 1997/9 **Inger Aksberg Johansen:** «Reminisens i et interaksjonsperspektiv - En kvalitativ undersøkelse basert på intervju med eldre og sykepleiere» (ISBN 82-453-0079-9) Kr. 120,-
- 1997/8 **Aud Merethe Alme:** «Lønnsreform og ledermobilitet - Metodiske tilnærminger og resultater» (ISBN 82-453-0078-0) Kr. 70,-
- 1997/7 **Truls Erikson:** «Should Managerial Competence be in the Retail Growth Performance Equation?». (ISBN 82-453-0076-4) Kr. 50,-
- 1997/6 **Børre Kristiansen/Steinar Johansen:** «Rammer for omsorg - Alternative modeller for organisering av Hamarøy Bygdeheim» (ISBN 82-453-0071-3) Kr. 70,-
- 1997/5 **Truls Erikson:** «Retail Profit Performance and The Relationship to Marketing Outcomes and Financial Structure» (ISBN 82-453-0075-6) Kr. 50,-
- 1997/4 **Rolf Utkvitne:** «Kompetanse i Detaljhandelen». (ISBN 82-453-0064-0) Kr. 70,-
- 1997/3 **Hilde Nordahl-Pedersen (red.):** «Konferanserapport fra Helsedagene i Nord-Norge 1996». (ISBN 82-453-0069-1). Kr. 150
- 1997/2 **Truls Erikson:** «A Study of Career Choice Intentions Among a Cohort HBS MBA Candidates. The Ajzen Model». (ISBN 82-453-0074-8). Kr. 70,-
- 1997/1 **Truls Erikson:** «An Empirical Study of Entrepreneurial Choice Intentions Among a Cohort of MIT Sloan Fellows. The Shapero Model». (ISBN 82-453-0072-1) Kr. 50,-
- 1997 **Stine Margrethe Hem/Ådne Danielsen/Anne Marie Bakken:** «Ansvarsreformen i Kvæfjord - En stor oppgave til en liten kommune». (ISBN 82-90586-49-3, i samarb. med Diaforsk) Kr. 190,-
- 1996/1 **Arne-Johan Johansen:** «Fra Dårkiste til normalisert omsorg». (ISBN 82-453-0063-2). Kr. 100,-

Arbeidsnotatserien - ISSN 0809-2567

- 2002/1 **Tor J Schjelde:** "Lære å studere" (ISBN 82-453-0169-8) Kr. 60,-
- 2001/5 **Kristian Floer:** "Studieevaluering våren 2001 – noen utvalgte studier" (ISBN 82-453-0167-1) Kr. 90,-
- 2001/4 **Trond Hammervoll:** "Cooperation types in vertical interorganisational relationships". (ISBN 82-453-0162-0) Kr. 40,-
- 2001/3 **Harald Torsteinsen:** "Coordination in a fragmented system. On the use of contracts in local government." (ISBN 82-453-0158-2) Kr. 40,-
- 2001/2 **Harald Torsteinsen:** "Koordinering og styring av fragmenterte systemer. Om overgangen fra hierarki til kontrakt i kommunesektoren." (ISBN 82-453-0157-4) Kr. 50,-
- 2001/1 **Kåre Tormod Nilsen / Sigurd Wolden / Tore Einar Johansen:** "Kunnskapsbase og kunnskapsoverføring som lønnsomme innsatsfaktorer for vekst i reiselivsnæringen." (ISBN 82-453-0156-2) Kr. 70,-

- 2000/3** **Harald Torsteinsen:** «Når legitimiteten forvitrer. Endringer i regionale elitors holdning til fylkeskommunen 1996-99» (ISBN 82-453-0152-3) Kr. 60,-
- 2000/2** **Trond Hammervoll:** "The need for supply chain management: A dependence perspective" (ISBN 82-453-0149-3) Kr. 50,-
- 2000/1** **Harald Torsteinsen:** «Privatisering og konkurranseutsetting i kommunesektoren - effekter på ledelse, organisering og styring ». (ISBN 82-453-0147-7) Kr. 50,-
- 1999/2** **Kristian Floer:** «Hvordan bli en mer effektiv student? - Et studiehefte om tema STUDIEVEILEDNING». (ISBN 82-453-0120-5) Kr. 50,-
- 1999/1** **Rolf Wynn:** «Sykdomslære. En innføring i noen sykdommers årsaker, symptomer og behandling». Et kompendium for helsefagstudenter generelt og vernepleierstudenter spesielt. (ISBN 82-453-0116-7) Kr. 80,-
- 1998/2** **Kjell Toften:** «Reiselivsnæringen i et markedsføringsperspektiv - en introduksjon» Et kompendium for RE 4 Turistmarkedsføring (ISBN 82-453-0108-6) Kr. 70,-
- 1998/1** **Anne Marit Bygdnes:** «Toalett-trening av psykisk utviklingshemmede» (ISBN 82-543-0099-3) Kr. 70,-
- 1997/2** **Aud Merethe Alme:** «Prosjektskisse: Tjenestemannsorganisasjoner og forvaltningsreformer». (ISBN 82-453-0085-3) Kr. 50,-
- 1997/1** **Truls Erikson:** «Applying the Canonical Structure of Analysis by Means of Algebra on Managerial Competence and Retail Growth Performance Variables». (ISBN 82-453-0077-2) Kr. 40,-

07sd10946

Depotbiblioteket



07sd 10 946

Visste du at...

...Høgskolen i Harstad med sine ca 1.600 studenter er blant landets mindre høgskoler. Et godt studiemiljø og en uformell tone, med nærhet og god oppfølging av den enkelte student, preger høgskolen. Høgskolen ligger idyllisk og sentralt plassert ved byens havnepromenade.

...våre to institutter - økonomi-/samfunnsfag og helse-/sosialfag - gir flere studiemuligheter:

Bachelorutdanninger:

- Handel, service og logistikk
- Økonomi og administrasjon
- Økonomi og administrasjon m/revisjon
- Reiseliv og turisme
- Barnevernpedagog
- Sykepleie
- Vernepleie

Årsstudium:

- Statvitenskap

Videreutdanning/påbygging:

- Revisjon
- Advanced Marketing
- Ledelse
- Psykisk helsearbeid

...Høgskolen i tillegg tilbyr skiftende aktuelle kurs på betalingsvilkår (se www.hih.no). Høgskolen påtar seg også utvikling av skreddersydde kurs, samt utfører forsknings- og utredningsoppdrag for arbeids- og næringsliv. Våre ca 60 fagansatte innehar høy kompetanse og dekker et bredt faglig spekter: Økonomi/administrasjon, sosialøkonomi, ledelse/organisasjon, statistikk, statsvitenskap, sosiologi, spansk, matematikk, pedagogikk, spesialpedagogikk, vernepleie, psykologi, sykepleievitenskap, matematikk, jus.

Besøksadresse: Havnegata 5, 9400 Harstad.

Postadresse: Høgskolen i Harstad, 9480 Harstad

Telefon 77 05 81 00

E-post: postmottak@hih.no

Internett: www.hih.no



HØGSKOLEN I HARSTAD

