



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Oppretthalding av funksjonsevner hos demente brukarar på sjukeheim.

Dementia in nursing home: how to maintain abilities

Saetrevik, Gunn Lise

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Molde, 31.05.12



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anne Botslangen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 27.05.12

Antall ord: 11 830

Forord

I glemselens strie land

Vi arbeider blant mennesker
i glemselens strie land,
blant dem som titt er innom
en fjern og fremmed strand.
De føler ofte uvisshet -
«Hvor skal jeg? Hva skjer nå?»
- men ofte er det spørsmål
som vi kan svare på.
Så innimellom skjer det
at vi ikke kan gi svar,
og ord blir bare tomhet
som ingen mening har.
Et vennlig grep om hånden,
en stemning som er god
kan da formidle trygghet
og gi en egen ro.
Og de som har sin kjære
her på vårt aldershjem
kan gi oss viktig lære
fra slik de husker dem,
en lære vi kan bruke
i øyeblikkets NÅ
og slik få til et fellesskap
rundt ting de kan forstå.
Alt som er langt tilbake,
det huskes aller best -

små hendelser i livet
fra hverdag og fra fest.
Vi ønsker å gi alle
vår omsorg og respekt,
men også midt i alvor
ta tid og ha det kjekt,
en dans på stuegulvet,
et smil og kanskje klem,
men se hver enkelts ønske
og trå svært varsomt frem.
Visst har vi det for travelt,
visst feiler vi i blant,
og ubehaget tynger
når tid vi ikke fant.
Vi ser jo vår begrensning,
vår arbeidsdag går fort,
og mangt av det vi ville
det fikk vi ikke gjort.
Men når et ansikt sprekker
i godt og kjærlig smil,
det gleden i oss vekker
og overskudd blir til -
det er små trolldomsstunder
der tiden gjør et hopp,
i slike små sekunder -
ja, da står solen opp.
(Ukjent opprinnelsen).

Samandrag

Hensikta med denne oppgåva var å fordjupe meg i oppretthalding av funksjonsevner hos demente brukarar på sjukeheim. Eg ynskte å sjå meir på korleis helsepersonell kan bidra til at personar med demens opprettheld funksjonsevnene sine lengst mogeleg. Oppgåva er eit litteraturstudie med fokus på validitet og reliabilitet.

Innhold

1.0	INNLEIING	1
1.1	Presentasjon av tema og bakgrunn for val av tema	1
1.2	Kvifor er temaet relevant for vernepleiarar?.....	2
1.3	Oppgåvas hensikt	3
1.4	Oppgåvas oppbygging	4
2.0	PROBLEMSTILLING	5
2.1	Grunngjeving	5
2.2	Avgrensing og presisering av problemstilling	5
3.0	METODE	7
3.1	Litteraturstudie som metode	7
3.2	Vitskapeleg forståing.....	8
3.2.1	For – forståing og fenomenologi.....	9
3.2.2	Feilkjelder, validitet og reliabilitet	10
4.0	TEORI	12
4.1	Utviklinga av demens	12
4.1.1	Mild demens.....	13
4.1.2	Moderat demens	13
4.1.3	Alvorleg demens	14
4.2	Omsorgsbehov og hjelpetiltak	14
4.2.1	Kognitive symptom	16
4.2.1.a	Merksemd	16
4.2.1.b	Hukommelse	17
4.2.1.c	Orienteringsevne	18
4.2.1.d	Språk.....	19
4.2.1.e	Handlingssvikt.....	20
4.2.1.f	Forståing	21
4.2.1.g	Generelle intellektuelle funksjonar	22
4.2.2	Psykologiske og åtferdsrelaterte symptom	22
4.2.2.a	Angst og depresjon	22
4.2.2.b	Psykotisk åtferd.....	22
4.2.2.c	Personlegdomsendringar.....	23
4.2.2.d	Interesseløyse og rastløyse	23
4.2.2.e	Aggressivitet	24
4.2.2.f	Roping og klamring	24
4.2.2.g	Endra døgnrytme	25
4.2.3	Motoriske symptom.....	25
4.3	Vernepleiarens kompetanse	26
4.3.1	Miljøarbeid.....	27
4.3.1.a	Fysiske og psykososiale rammer ved miljøet	28
4.3.1.b	Individuelt symptomfokuserert endringsarbeid.	29
4.3.1.c	Miljøarbeid som spesifikk metode for individ og gruppe.	29
4.3.2	Institusjon som arena for miljøarbeid	30
4.3.3	Faglege perspektiv.....	31
5.0	DRØFTING	33
5.1	Vernepleiaren i demensomsorga.....	33
5.2	Miljøarbeid på individnivå.....	34
5.2.1	Kartlegging	35
5.2.2	Analyse	35

5.2.3	Målval.....	37
5.2.4	Tiltak.....	38
5.2.5	Evaluering.....	39
6.0	AVSLUTTNING.....	40
6.1	Oppsummering.....	40
6.2	Konklusjon.....	40
6.3	Refleksjon.....	41
7.0	LITTERATURLISTE.....	42
7.1	Sjølvalt pensum.....	44

Vedlegg:

1.	Den heilslege arbeidsmodellen.....	
----	------------------------------------	--

1.0 INNLEIING

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for val av tema

Dette er mi fordjupingsoppgåve tilknytt siste semesteret på vernepleieutdanninga der eg er deltidsstudent. Eg har valt å skrive om temaet oppretthalding av funksjonsevna hos personar med demens ved norske sjukeheimar. Interessa for temaet stammar frå yrkeserfaringane mine. Eg har hatt fast stilling ved ein sjukeheim sidan 2007. Fleire gongar har eg sett at eldre som har vore mentalt ressurssterke ved innflytting etter relativt kort tid viser teikn på demens. Dette har fleire gongar vore eit tema innan personalgruppa i pausar. I den samanheng dukka denne påstanden opp: *Eldre verte raskare demente på sjukeheim*. Påstanden er etter mitt skjøen umuleg å teste ut, då ein ikkje kan vite om teikna ikkje hadde vist seg på same tidspunktet hadde brukaren fortsett å bu heime. Eg har også sett mange eldre som har hatt fast sjukeheims plass i mange år utan å verte mentalt reduserte. Påstanden fekk meg likevel til å undre meg over om det kunne vere noko ved forholda på sjukeheimen som har innverknad på utviklinga av demens hos den enkelte brukar.

I min søken etter svar har eg kome over ein artikkel av Kjersti Wogn-Henriksen (2007). Ho skriv at menneske både påverkar og verte påverka av omgivingane sine. Men for den demente vil evna til å relatere seg til miljøet rundt verte svekka. Eit viktig prinsipp innan miljøterapi er derfor å legge til rette slik at kompleksiteten og krava i miljøet samsvarar best mogeleg med individets evne til å relatere seg til det. Den demente er ikkje definert av sine svikt, vedkommande er so mykje meir. Svikten kan variere frå dag til dag og frå situasjon til situasjon. Det er truleg at både fysiske, psykiske og sosiale forhold verkar inn på åtferda og funksjonsevne ved eit gitt tidspunkt. Reaksjonen ein situasjon framkallar hos ein person med demens, i tillegg til kvaliteten i samspelet med andre, kan ha innverknad på demenssjukdomen si utvikling på godt og vondt for den enkelte (Wogn-Henriksen 2007:18). Grethe Berg (2002) skriv på si side at:

Organisering av personale og pasienter og tilrettelegging av fysiske omgivelser betyr mye for å få til god omsorg og effektive tiltak som kan opprettholde funksjonsevne og ressurser hos pasientene (Berg 2002:11).

Vidare viser forfattaren til fleire undersøkingar som har konkludert med at funksjonsnedsettinga kan forsinkast dersom brukarane får tilrettelagde bustad- og omsorgstilbod (Berg 2002:26). Dette fekk meg til å spørje meg sjølv: Korleis kan eg som vernepleiar vere med på å skape dei beste forholda for personar med demens? Eg har til slutt enda opp med denne problemstillinga:

Korleis kan vernepleiaren bidra til å oppretthalde funksjonsevner hos eldre demente på sjukeheim?

1.2 Kvifor er temaet relevant for vernepleiarar?

Vi lever i dag lenger enn tidlegare, noko som gjer at det i framtida vil vere fleire eldre og samtidig fleire menneske med demens. Dette vil skape eit større behov for helsepersonell innan eldreomsorga. Eldreomsorga har den seinare tida vorte ein aktuell arena for vernepleiarar. Witsø og Teksum (1998) skriv at vernepleiarutdanninga vart starta på grunn av eit aukande behov for kvalifisert personell i omsorga for utviklingshemma. Den kompetansen yrkesgruppa har erverva gjennom dette arbeidet verte i nyare tid overført til arbeid med funksjonshemma generelt, noko som inkluderar aldersdemente (Witsø, Teksum 1998:9f).

Talet på personar med demens i befolkninga nærmar seg no 70 000. Kvart år dukkar det opp rundt 10 000 nye tilfeller. Det er forventa at talet på demente vil vere fordobla innan 2040. Sidan demenssjukdomane har innverknad både på den som er ramma og pårørande, er talet på råka minst 250 000 menneske (Westerberg 2009:11f).

I St. meld nr. 25 (2005 – 2006) verte det understreka at med so mange rørt av demenssjukdommane møtar personell og tenesteapparatet på store utfordringar i forhold til å planlegge og legge til rette eit tenestetilbod som er både fagleg forsvarleg og individuelt tilrettelagt. Ofte er ikkje personar med symptom på demens tilstrekkeleg utreia samt manglar diagnose. For individet førar demens til fleire år med alvorleg funksjonstap på

slutten av livet. Det er også den lidinga som krev mest ressursar frå den kommunale omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet 2006:9ff). Vidare kjem det fram i Demensplan 2015 at:

Demens har vært lavt prioritert både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og sosialtjenesten. Tjenestetilbudet er mange steder ikke tilrettelagt verken bygningsmessig, organisatorisk eller faglig for mennesker med demens og kognitiv svikt. Det er også manglende kapasitet, kontinuitet og kunnskap i tjenestene (Helse – og omsorgsdepartementet 2007:9).

Vernepleiarar er ein profesjon som er kvalifisert til å utøve miljøarbeid, habiliterings – og rehabiliteringsarbeid (Hutchinson 2009:98). Eg tenkjer at med den kompetansen kan vernepleiaryrket vere ei viktig brikke i forhold til å heve kvaliteten på tenestetilbodet for personar med demens. Dessutan er ein av vernepleiaranes grunnleggande funksjonar å førebygge funksjonsvanskar og ytterlegare funksjonssvikt (Hauge 2011:4).

Temaet er ikkje berre relevant for vernepleiarar, men for alle som arbeidar innan eldreomsorga. Som tenesteytarar skal vi kunne gje eit best mogeleg tilbod for brukarane, noko som inneberer at den er tilpassa det enkelte individets behov. Eg kan ikkje nekte for at medikament og pleie av det somatiske har nytte, men samtidig vil eg hevde at desse innfallsvinklane har sine avgrensingar i forhold til det å ta seg av det heilslege mennesket.

Temaet har samtidig relevans på eit politisk nivå. Lidinga krev mykje ressursar, noko som verte peika på i St. meld. nr. 25 (2005 – 2006). Dersom endringar i miljøet kan forsinke symptomutviklinga, kan dette bety ressursar spart.

1.3 Oppgåvas hensikt

Hensikta med oppgåva er å belyse både for min eigen del og andre helsepersonell korleis ein kan legge til rette for at brukarar med demens skal kunne oppretthalde funksjonsnivået

sitt lengst moglege. Eg vil gjerne oppnå meir kunnskapar på dette området, då det er relevant i forhold til arbeidet mitt. Håpet mitt er at dette kan gje brukarane ein betre kvardag med auka livskvalitet.

1.4 Oppgåvas oppbygging

For å finne ut av korleis eg skulle strukturere oppgåva, starta eg med å lese Olav Dalland (2007) si bok ”Metode og oppgaveskriving for studenter”. I tillegg var eg innom brage og såg på tidlegare skrivne bacheloroppgåver. Til slutt gjenoppdaga eg Molde Høgskoles retningslinjer for oppgåveskriving og litteraturoppsett i Bachelorstudiet i vernepleie, som eg sidan nytta.

I innleiinga i kapittel 1 presenterar eg temaet for oppgåva og mine tankar rundt relevans, formål og korleis eg har løyst oppgåva. Kapittel 2 er hovudkapittel for problemformuleringa, der eg avgrensar og definerar aktuelle omgrep knytt til det. Kapittel 3 omhandlar metode, der eg seier noko om vitskapeleg forståing, for – forståinga mi og validitet og reliabilitet. I kapittel 4 verte teoriane eg fann under litteraturstudiet presenterte. Drøfting kjem i kapittel 5. I kapittel 6 avsluttar eg med oppsummering, konklusjon og refleksjon.

2.0 PROBLEMSTILLING

Med bakgrunn i mi yrkeserfaring frå sjukeheim og teori om miljøets påverknad på personar med demens, kom eg fram til denne problemstillinga:

Korleis kan vernepleiaren bidra til å oppretthalde funksjonsevner hos eldre demente på sjukeheim?

2.1 Grunngeving

Grunnen til at eg har valt denne problemstillinga ligg i dei erfaringane eg har gjort meg gjennom arbeidet mitt innan pleie. Eg har fleire gongar fått eit inntrykk av at dei eldre endrar åtferd relativt kort tid etter at dei flyttar inn på sjukeheimen. Det har gjort meg nysgjerrig på om det kan vere noko ved institusjonen som kan framskynde symptomutviklinga. Desse tankane har vorte styrka av Kjersti Wogn-Henriksen (2007) som skriv at både fysiske, psykiske og sosiale forhold kan verke inn på åtferda og funksjonsevner hos demente. Dette har fått meg til å ynskje meg meir kunnskapar rundt korleis eg som framtidig vernepleiar kan bidra til å skape best mogeleg forhold for eldre og demente på arbeidsstaden min.

2.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Eg har valt å avgrense oppgåva til å omhandle eldre med moderat demens på sjukeheim. Demensutviklinga kan deles inn i tre hovudfasar; mild, moderat og alvorleg demens. I fylgje ICD – 10 vil personen ved moderat demens ikkje klare seg utan hjelp frå andre. Dei fleste personar med demens vil på dette punktet kome i kontakt med helsevesenet (Snoek, Engedal 2008:171f). I innleiinga undra eg meg over om miljøet på sjukeheimen kan starte eller framskynde utviklinga av demens. Personar med demens vil nok i alle tre fasane ha behov for tilrettelegging, men eg vel likevel ikkje å fokusere på mild demens sidan desse brukarane primært vil ha plass på sjukeheim av andre årsaker.

Vernepleiaren sin kompetanse er tredelt; helsefagleg, pedagogisk og sosialfagleg (Owren, Linde 2011:13). Eg har i oppgåva valt å konsentrere meg om den helsefaglege biten av kompetansen, dette fordi eg tenkjer at den er mest relevant med ein sjukeheim som arena for yrkesutøvinga.

Sentrale omgrep i forhold til problemstillinga er demente, personar med demens, funksjonsevner og helsepersonell. Omgrep kan bety forskjellig alt etter situasjonen. Eg vil derfor definere kva eg meiner med dei her.

Eg nyttar omgrepet demente i problemstillinga. Vidare i oppgåva nyttar eg også brukarar, menneske eller personar med demens. Med dette meiner eg personar med alle variantar av tilstanden. Det kan vere Alzheimers sjukdom, demens med Levy-legemer, pannelappdemens eller vaskulærdemens. Utviklingane ved dei ulike variantane har ulike hastigheiter over ei 10 års periode, men etter kvart som tilstanden framskrider vil variantane verte meir og meir like sidan hjerneskadane verte omfattande (Snoek, Engedal 2008:171).

Eit anna sentralt omgrep er funksjonsevner. Her meiner eg både ulike kroppslege funksjonar som rørsle, syn - eller hørselsfunksjon, og kognitive funksjonar. Ved demens vil ein sjukleg tilstand i hjernen føre til kognitiv svikt som etter kvart svekkar fleire kroppslege funksjonar, til dømes balanse og kontroll over urin og avføring (Snoek, Engedal 2008:170ff).

Med omgrepet helsepersonell meiner eg i denne oppgåva alle som arbeidar innan eldreomsorga/demensomsorga. Det kan til dømes vere vernepleiarar, sjukepleiarar, hjelpepleiarar eller andre utdanningar.

3.0 METODE

I dette kapitlet skal eg velje kva metode eg vil nytte for å skaffe den informasjonen eg treng for å kunne svare på problemstillinga. Først vil eg sjå litt på kva ei metode vil seie.

Dalland (2007) siterar Vilhelm Aubert (1985) sin definisjon på metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2007:81).

Metoden er altså reiskapen våra når det er noko vi vil undersøke. Den er til hjelp under innsamling av den informasjonen vi treng. Ein skil gjerne mellom kvantitativt orienterte og kvalitativt orienterte metodar (Dalland 2007:81f).

Kvantitative data viser ei eller anna form for mengde og kan presenterast i tabellar, grafar eller liknande. Metodar for innhenting av data kan vere intervju, enquete eller observasjon. Kvalitative data kan innhentast via tekstar, observasjon, feltobservasjon eller ulike former for samtaler. Informasjonen beskriv gjerne både personar, miljø og hendingar. Den presenterast i ein samanhengande tekst der det er beskrivingane som er viktige, ikkje statistikk og tabellar. Teksta skapar eit grunnlag for vidare drøfting, analyse og tolking (Linde, Nordlund 2006:115).

3.1 Litteraturstudie som metode

Ut frå problemstillinga ser eg på fleire metodar som aktuelle å nytte under innhenting av informasjon. Det kan vere observasjon, intervju, samtale, litteratursøking, litteraturstudie, tekstanalyse eller offentleg statistikk. Med tanke på kva tid eg har til rådighet har eg måtta snevra det inn til å berre nytte litteratursøking og litteraturstudie som metodar i oppgåva. Litteraturstudie er ut frå beskrivingane ovanfor ei kvalitativ metode. Eg finn data ved å leite i ulike samanhengande tekstar som beskriv personar i eit bestemt miljø, det vil her seie demente på sjukeheimar. Funna vil eg presentere i neste kapittel, for so å drøfte dei

opp mot problemstillinga og egne meininger i ein drøftingsdel. På denne måten vil eg belyse problemstillinga og til slutt finne eit svar på mitt spørsmål.

Under litteraturstudiet har eg nytta både pensumlitteratur og annan faglitteratur for å finne svar på problemstillinga mi. Den sjølvvalte litteraturen er til saman på 200 sider. Eg har fått tips til litteratur både gjennom medstudentar, litteratursøking på Bibsys og tilsette ved høgskolens bokhandel.

Eg starta med å gjennomføre litteratursøk på Bibsys. For å finne relevant litteratur brukte eg søkeorda eldre, demens, utvikling, sjukheim /sykehjem og miljøarbeid/miljøbehandling. Dette gav eit resultat på 18 bøker. Av desse titlane fann eg kasuistikksamlinga til Krüger (2007) mest relevant. Denne boka vart eg også anbefalt av tilsette ved Høgskolens bokhandel.

3.2 Vitskapeleg forståing

Eg har skreve oppgåva mi ut frå eit hermeneutisk perspektiv. Dalland (2007) skriv at hermeneutikk betyr fortolkingslære. Det er humanistisk orientert og prøvar å forstå kva som ligg til grunn for menneskeleg eksistens gjennom handlingar, livsytringar og språk. Det handlar om å tolke viktige fenomen og beskrive vilkåra for at forståing av meining skal vere mogeleg. Denne tilnærminga er viktig for alle som gjer seg klare til å arbeide med menneske. Vi nærmar oss det som skal utforskast med vår eigen for - forståing. Tankar, inntrykk, kjensler og kunnskap vi har om emnet er ein ressurs under tolking og forståing av eit fenomen. Med ein hermeneutisk innfallsvinkel prøvar ein å sjå heilheta i problemet ein står ovanfor. Under tolking sakta finns der ikkje noko bestemt utgangspunkt. Pendling mellom ulike perspektiv, heilskap og del, subjekt og objekt, forskarens for - forståing, dette utgjer ein levande heilskap i utvikling. Det verte også kalla den hermeneutiske spiralen. I ein spiral er det aldri noko som tek slutt, det verte derimot stadig utvida (Dalland 2007:53ff).

Utarbeidinga av problemstillinga har vore ein prosess der eg har gjort endringar etter kvart som eg har lest og fått meir kunnskapar. Eg har skreve oppgåva ut frå korleis eg har forstått og tolka den innhenta teorien.

3.2.1 For - forståing og fenomenologi

Vi tolkar ein situasjon gjennom brillene av vår for - forståing eller fordom. På den måten får vi ny for - forståing som verte brukt i nye situasjonar. Vi klarar aldri å gå i frå vår forståingshorisont, men gjennom gjensidig samhandling, erfarings- og kunnskapsutveksling kan den smelte saman med andres horisontar. Helse – og sosialarbeidarar har derfor ulik for – forståing. Den vil vere avhengig av den enkeltes personlege erfaringar, sosiale og kulturelle bakgrunn, men også det som tilegnas gjennom utdanning og arbeidspraksis. Samtidig vil brukarane vi møter som tenesteytarar sitje inne med sine fordommar og for - forståing (Brodtkorb, Norvoll, Rugkåsa 2001:37).

Det er viktig å reflektere over kva menneskesyn ein legg til grunn for yrkesutøvingane sine. Aadland (2011) peikar på at behovstankegangen kan vere uheldig. Det er ein viss fare for å la stereotypi redusere brukarane til ein sum av diverse faktiske behov. Denne tankegangen kolliderar kraftig med den hermeneutisk – humanistiske innstillinga som byggjer på at kvart menneske er særlege og unikt. Innstillinga byggjer også på ei fenomenologisk innstilling om at alle må få moglegheita til å vise fram det unike i seg sjølv på eigne premissar, før ein byrjar å tolke med fordommane og for – forståinga si (Aadland 2011:115).

Eg har arbeida og hatt kontakt med demente i sju år. Dette gjer at eg har ei for - forståing om temaet. Før eg starta litteraturstudiet hadde eg visse forventingar til kva eg ville finne. Eg rekna med at eg ville finne teori om at kosthald og ernæring, gjerne vitaminmangel, har betydning for utviklinga av demens. Tidlegare har eg lest at kroppane til eldre menneske gjennomgår ulike fysiologiske endringar etter kvart som dei verte eldre. Utprøvingar av medisinar verte gjerne gjennomført på langt yngre menneske. Dette til tross for at dei eldre

utgjør ei stor gruppe av forbrukarar av medisin. Dette har fått meg til å tru at feildoseringar kan få enkelte til å virke demente utan eigentleg å vere det.

Eg har frå tidlegare eit fagbrev som aktivitør. Denne utdanninga har forma meg til å vere oppteken av bruken av aktivitet for å oppnå ei høgare grad av livskvalitet. Dette kan ha bidrege til at eg fokuserar meir på teori som støttar viktigheita med aktivisering, enn kva eg elles kanskje hadde gjort. Bakgrunnen som aktivitør gjer også at eg forventar å finne at mangel på aktivitet har negativ innverknad på symptomutviklinga. Eg hadde også tankar om at flyttinga i seg sjølv, miljøet, organisering og den rådande kulturen blant personellet har betydning. For - forståinga mi kan ha gjort at eg tolkar teori annleis enn kva som var meint frå forfattarane si side. Det same kan gjelde for ulike situasjonar eg har opplevd og tankane mine rundt oppgåva.

3.2.2 Feilkjelder, validitet og reliabilitet

Linde og Nordlund (2006) viser til at uansett korleis ein innhentar informasjonen, må ein som miljøarbeidar vere bevisst på at ein er ein del av konteksten. Ein må derfor rekne med at ein sjølv påverkar innhenta informasjon. Bevisstheit på dette kan redusere feilkjelder knytt til påverknaden. Systematisk innhenting av informasjon krev ein plan. Det skal vere målretta ved at ein forsøker å finne data ein har bruk for og ikkje alt om det meste. Informasjonen må vurderast opp mot relevans og om dei gir eit godt nok bilete av temaet. Ein kan stille seg spørsmåla: Kva informasjon treng eg i forhold til området? Ut frå mine føresetnadar, korleis kan denne type informasjon best innhentast (Linde, Nordlund 2006:113)?

I oppgåva skal eg vere kritisk til dei kjeldane eg innhentar. Dalland (2007) omtalar omgrepet kjeldekritikk som dei metodane som verte nytta for å fastslå om ei kjelde er sann. Dette inneberer å vurdere og karakterisere aktuelle kjelder (Dalland 2007:64).

Eit krav i oppgåva er også at validitet og reliabilitet er oppfylt. Det er noko eg har lite erfaring med å vurdere og derfor opplev som litt vanskeleg. Eg ser likevel på den litteraturen eg har nytta som relevant i forhold til problemstillinga. Samtidig er eg klar over at det eksisterar mykje meir litteratur om emnet som eg kunne ha nytta meg av i forhold til oppgåva.

Vidare skriv Linde og Nordlund (2006) at validitet betyr gyldigheit. Ein vurderar om omgrep og datainnsamlingsmetodar som verte brukt, er relevante og egna til å svare på dei spørsmål ein stiller. Er informasjonen anvendelege i den aktuelle samanhengen?

Omgrepet reliabilitet vil seie pålitelegheit i den aktuell informasjonen. Dersom informasjonen gir eit bilete av det ein er oppteken av, er den påliteleg. Informasjonen ”måler” det som var hensikta. For å kunne stille slike kontrollspørsmål, må datainnsamlinga ha gått føre seg på ein systematisk og grundig måte. Peikar ein på og drøftar mogelege feilkjelder ved både informasjonen og måten den har vorte innhenta på, vert det enklare for andre å setje seg inn i informasjonens gyldigheit (Linde, Nordlund 2006:116f).

Den teorien eg har valt å nytte vil kanskje gje meg svar på problemstillinga. Samtidig har eg vorte bevisst på at teoriane ikkje viser den endelege sanninga. Dalland (2007) skriv at teoriane representerar kunnskapar so langt den er komen per i dag. Vi vil derfor stadig sjå at teoriar verte utbytta med nyare teoriar som er betre argumenterte for (Dalland 2007:109).

Den aller fleste litteraturen er på bokmål. Eg skriv på nynorsk, noko som kan gje rom for feil. Betydinga kan verte endra under oversetting.

4.0 TEORI

Eg har under litteraturstudiet sett på funksjonssvikt ved demens, tiltak for bevaring av funksjonsevner og vernepleiarens kompetansefelt. Dette er det eg har funne:

4.1 Utviklinga av demens

Eg har funne fleire definisjonar på demens. Snoek og Engedal (2008) beskriv demens som

... en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt (intellektuell svikt), svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Snoek, Engedal 2008:170).

Vidare skriv forfattarane at for å kunne skilje demens frå delirium er det tatt med to vilkår i definisjonen av demens. For det fyrste må symptoma ha hatt ei varigheit på over seks månadar. Det andre er at det må føreligge klar medvit. Dei viser samtidig til at ICD – 10 definerar demens som

en kronisk svikt på minst to kognitive områder, der svekket hukommelse er et obligat symptom, og der den kognitive svikten er ledsaget av sviktende emosjonell kontroll, sviktende sosial atferd eller sviktende motivasjonsevne (Snoek, Engedal 2008:170).

Normalt vil både skadane i hjernen som ligg til grunn for demens, og symptoma auke over tid. Om lag halvparten av alle med demens bur heime og er i ei tidleg fase i symptomutviklinga. Den andre halvparten har moderat eller alvorleg form av demens og bur på institusjon, då dei er avhengige av tilsyn, hjelp eller pleie. Den hyppigaste årsaka til sjukeheimsinnlegging er i dag demens, og på ein vanleg sjukeheim vil heile 70 – 80 % av brukarane ha tilstanden (Snoek, Engedal 2008:170f), men av desse er det berre halvparten som har fått stilt ei diagnose (Eide, Eide 2007:382).

Jacobsen et al (2001) skriv at over halvparten av demenstifella vil skuldast Alzheimers sjukdom. Ein annan form av demens som er hyppig er Levy-legeme-demens. Ein tredje variant er vaskulærdemens (Jacobsen et al. 2001:419). Utviklingane ved dei ulike variantane har ulike hastigheiter over ei 10 års periode, men etter kvart som hjerneskadane verte meir omfattande vil variantane verte meir og meir like (Snoek, Engedal 2008:171).

Ein kan dele demensutviklinga inn i tre hovudfasar:

4.1.1 Mild demens

Dei fyrste teikna til kognitiv svikt viser seg i form av sviktande hukommelse, spesielt for nylege hendingar. Brukarane kan til dømes gløyme avtalar, å ete og å handle. Å relatere tidlegare hendingar i eit riktig tidsperspektiv verte vanskeleg. Brukaren får sviktande evne til tidsorientering og har vanskar med å nytte klokke og kalender. Enkelte har språkvanskar, med ordletingsproblem, manglande flyt i talen eller teikn til manglande retningsorientering i rom. Enkle praktiske gjeremål som matlaging og påkledning verte vanskelege. I starten klarar dei fleste å halde symptoma skjulte dersom dei ynskjer det. Personlegdomstrekk kan verte aksentuerte (Snoek, Engedal 2008:171f).

4.1.2 Moderat demens

Brukarane har vanskar med å nytte lærte meistringsevner og mistar grepet om livet. Dei mistar lett fatninga, spesielt i stressa situasjonar. Ofte visar psykotiske symptom seg. Hukommelsen, tidsorienteringsevna og språk verte ytterlegare svekka. Enkelte mistar evna til å orientere seg i rom, og går seg gjerne vill på framande stadar. Ein ser sterk reduksjon av evne til av – og påkledning, personleg stell og hushald. Dei fleste kjem no i kontakt med helsevesenet (Snoek, Engedal 2008:172).

4.1.3 Alvorleg demens

I den siste fasa ser ein betydeleg handlingssvikt og hjelpelause. Brukarane mistar kontroll over urin og avføring, og opplev manglande styring av motorisk aktivitet inkludert balansesvikt og gangproblem. Dei fleste demente er i denne fasen avhengig av fysisk pleie. På grunn av at pleiebelastinga verte større enn kva familien rundt maktar, treng dei fleste plass på sjukeheim/aldersinstitusjon (Snoek, Engedal 2008:172).

4.2 Omsorgsbehov og hjelpetiltak

For å kunne planlegge behandling og omsorgstiltak er det nødvendig uttrede både demenstype og den kognitive svikten. En viktig del av demensutredninga er kartlegging av korleis brukarane meistrar alminnelege praktiske oppgåver i kvardagen. Å vere deltakande under eit måltid stiller krav til fleire ulike ferdigheiter. Dette er ei fin mogelegheit for personalet å gjennomføre dagleg observasjon av brukarane i kjente aktivitetar. Desse observasjonane kan systematiserast i eit OBS – demens skjema. Utfylling av skjemaet med jamne mellomrom vil avdekke endringar i funksjonar over tid. Det er viktig at ein til ei kvar tid har god oversikt over faktisk funksjonsevne og etter det stillar forventingar til det brukaren meistrar (Berg 2002:44f). Andre metodar som har fått innpass i Noreg dei seinare åra er; Dementia Care Mapping (DCM) og Marte Meo (Sosial- og helsedirektoratet 2007:58).

Witsø og Teksum (1998) peikar på at aldersdemens kan verte forveksla med andre sjukdomar. Ein bør derfor ha kunnskapar om og ferdigheitar i ulike observasjonsteknikkar, slik at ein er i stand til å avdekke alvorlege symptom (Witsø, Teksum 1998:26).

Berg (2002) skriv at innhaldet i omsorga må vere planlagt med utgangspunkt i kvar enkelts sviktande evne til å ivareta seg sjølv samt dei ressursane og ferdigheitene som framleis eksisterar. Sjølve omsorga vil vere ei blanding av rettleiing, nærvær, direkte hjelp og støtte. På den måten skal den sikre at den enkelte får dekkja sitt daglege behov for mat, stell, stimulering og kvile. Dette skal gjennomførast på ein måte som tek vare på personlegdom og verdigheit. Skal ein klare å gje god omsorg må ein ha kunnskapar både

om individet og kva konsekvensar som kan fylgje med sjukdomen. Det vil vere til hjelp for å skilje symptom og sviktande ferdigheiter frå personlegdom, vanar og behov (Berg 2002:25).

Sjukdomen kan ikkje kurerast. Sjølv om enkelte medisinar kan betre enkelte symptom ei kort periode ved Alzheimers, vil det ikkje ha ein kurerande effekt. Behandling vil derfor omfatte å legge forholda til rette for den demente og omsorgsgivarane slik at brukaren har ein best mogeleg livskvalitet og fungerer so langt hjerneskadane tillet. Det har vore positive erfaringar med opprettinga av skjerma einingar med plass til seks – åtte bebuarar, der den demente brukaren får aktivitetstilbod. Stimulering gjennom kvardagslege aktivitetar med tilrettelagte vanskegradar kan ha veldig positiv verknad på åtferd. Aktiviserande miljøbehandling kan både gje betre livskvalitet for den demente brukaren og redusere behovet for roande medikament (Snoek, Engedal 2008:182f).

For at behandlinga skal gje best mogeleg resultat er det nødvendig å få innsikt i individets livshistorie og kartlegge fungeringsevne og meistringsmåtar. Det er ynskjeleg å kartlegge miljøet før ein set i gong miljøtiltak, ikkje minst for å kunne evaluere endringar undervegs. Behandlingsterapeutiske metodar kan vere individuell og gruppebasert støttebehandling, åtferdsmodifiserande behandling, stimulering/skjerming, realitetsorientering/validering, musikk- /bilete - / aromaterapi og mimregupper/ mimrerom (Sosial- og helsedirektoratet 2007:57).

Berg (2002) viser til ein litteraturstudie av miljøtiltak for eldre med demens i institusjon, der hensikta var å sinke funksjonsnedsettinga som fylgjer demensutviklinga. Resultatet viste at tiltak som var retta mot fylgjande områder var effektive: betring av orienteringsevne, auking av stimulering og aktivitet, auking av sosial kontakt med andre brukarar, pårørande og personell og normalisering av miljøet. Forsinkinga av funksjonsnedsettinga var avhengig av kontinuitet i behandlingsopplegget. Det som verte starta må vare over tid. Målet for all demensbehandling bør vere at brukaren fungerer på eit høgast mogeleg nivå i forhold til dei avgrensingar hjerneskaden skapar. Ut frå dette vil

det vere naturleg å ta utgangspunkt i dei gjeremåla som gjentek seg kvar dag når ein skal planlegge og legge tilrette brukarens kvardag (Berg 2002:26f).

Måltid er ein aktivitet som gjentek seg fleire gongar for dag. Dagen verte strukturert av måltida. Dei markerar tida og delar opp dagen. Gjennom måltida kan ein legge til rette for fleire aktuelle mål: gjentakning og gjenkjenning, oppleving av meistring, styrke orienteringsevna, nytte sansane, oppleve sosial stimulering, trivsel og tryggleik og observasjon og vurdering av funksjonsevna (Berg 2002:29).

Kva symptom ein ser i utviklinga av demens vil variere frå person til person. Dette kjem av at det er ulike sjukdomar/skadar som ligg til grunn for demensen, men også av at menneska har ulike meistringsevner og personlegdomar. Stressnivået i miljøet i tillegg til eventuell samtidig somatisk og/eller psykiatrisk sjukdom vil også ha betydning (Snoek, Engedal 2008:171). Symptoma ved demens kan delast inn i tre hovudgrupper: kognitive symptom, psykologiske og åtferdsmessige symptom, og motoriske symptom.

4.2.1 Kognitive symptom

Av kognitive symptom finn ein problem med å halde merksemda på ei oppgåve over tid, gradvis svekking av hukommelse, svekka orientering av tid, stad og situasjon, kven ein er og familierelasjonar. Ein kan også sjå svekking av språk, forståing, generelle intellektuelle funksjonar og handlingssvikt (Snoek, Engedal 2008:174ff). Berg (2002) tilføyar at enkelte også kan ha svikt i evna til å tolke sanseintrykk (Berg 2002:19).

4.2.1.a Merksemd

Både delt og fokusert merksemd verte svekka. For den demente vil dette bety vanskar med å halde fylgje med ein samtale med fleire samtalepartnarar og å konsentrere seg om ei oppgåve. Brukaren vil ha lett for å verte distraherert og avleda (Snoek, Engedal 2008:174).

Nedsett merksemd gjer det vanskeleg for brukaren med demens å konsentrere seg om ein ting dersom det er fleire aktivitetar som går føre seg samtidig. Det er lett at personalet gløymer at til dømes radio, TV, folk som kjem og fer, lyd av kjøkenmaskiner og samtaler som ikkje angår brukaren kan vere svært forstyrrende. Klarer ein ikkje å sortere inntrykka kan det lett føre til auka forvirring, uro og dårlegare evne til meistring (Berg 2002:20f).

4.2.1.b Hukommelse

Dette er det mest sentrale symptomet ved diagnosen. Det er vanleg og dele det inn i omgrepa korttidshukommelse og langtidshukommelse. Korttidshukommelsen vil vere noko svekka ved moderat demens, medan langtidshukommelsen verte gradvis meir og meir svekka etter kvart som demenstilstanden utviklar seg. Ved moderat demens vil evna til å hugse ei konkret hending, til å hugse faktakunnskap, til å angi kjelder og relatere hendingar til noko konkret vere betydeleg svekka. Ein brukar med moderat demens vil ha avgrensa evne til å planlegge minutt og dagar fram i tid. Det er sannsynleg at ein del av passiviteten, interesselausheita og tilbaketrekkinga som er vanleg å sjå ved demens, kan kome av den manglande evna til å planlegge. Evna til å utføre automatiske, overlærte handlingar som til dømes å ete med kniv og gaffel, er den som varar lengst. Alle variantane av langtidshukommelse kan delast inn i gjenkalling, det å hugse spontant utan hjelp av omgjevnadane, og gjenkjenning, det å hugse ved hjelp av stikkord og kjente bilete eller personar. Gjenkalling er svært redusert allereie ved mild demens, medan gjenkjenning verte svekka først ved moderat demens (Snoek, Engedal 2008:174f).

Uansett alder er det lettare å gjenkjenne enn å gjenkalle. Omgivingane og innhaldet i dagen bør derfor vere gjenkjennelege og normale for brukarane. Ein bør vere varsam med å stille spørsmål som brukarane ikkje har hukommelse til å kunne svare på. Svekka hukommelse avgrensar evna til å lære nye ting. Under planlegging av aktivitetar bør ein derfor ta utgangspunkt i aktivitetar og reiskap ein veit er kjent frå før (Berg 2002:13ff).

Det sosiale miljøet og omgivingane har stor betydning for korleis brukarane nyttar restfunksjonane sine og meistrar kvardagen. *Gjenkjenning er en form for mestring som igjen gir grunnlag for trygghet.* Under måltida kan ein legge til rette for gjenkjenning ved til dømes å ha ein bestemt farge på duken på bordet, bestemt mønster på serviset og bordekkning etter fastsett mønster. Klarer ein å skape ei heimleg atmosfære på kjøkkenet og ved matbordet kan dette gjere at brukarane kjenner seg meir trygge. Det er også viktig korleis personalet deltek under måltidet. Det er dei som må ta initiativ og skape stemninga rundt bordet (Berg 2002:30).

4.2.1.c Orienteringsevne

Orienteringsevna vil seie å halde reie på tid, kvar ein er geografisk, kven ein er og kven ein er i familie med, i tillegg til kva situasjon ein er i. Svekkinga av orienteringsevna startar ved mild demens. Mange brukarar med moderat demens har periodevis vanskar med å forstå at born og barneborn er familiemedlem. Dette kan opplevast som ei belastning for pårørande (Snoek, Engedal 2008:175f).

Dei seinare åra har ein vorte meir bevisst på at den arkitektoniske utforminga på bygget kan gi mogelegheiter for fremming av sjølvhjelping, aktivitet og trivsel for brukarane. Dette har spesielt påverka utforminga av skjerma einingar for menneske med aldersdemens. Det skal vere små einingar med koselege daglegstover og avgrensa utandørs - område. Hensikta med å bygge små og oversiktlege einingar er å fremme orienteringsevna til brukarane (Tuntland 2006:253ff).

Det er viktig å finne tiltak som gir betre mogelegheiter til å orienterar seg, og vidare dempar opplevinga av forvirring og usikkerheit. I denne samanhengen vil realitetsorientering vere naturleg. Det vil i praksis sei at ein namngir aktuelle objekt, handlingar, omgivingar og tidspunkt under vår samhandling med brukaren. Vi kan til dømes sei kva måltid det er vi inviterar til, noko som vil minne brukarane på kva tid det er på dagen. Ein kan skilje mellom helg og kvardag ved å nytte ulike dukar og fin koppene på søndagar. Ein kan snakke om det ein ser ut gjennom vindauget. Naturen gir gjerne

indikasjonar om kva årstid ein har. Det å verte tiltala med namn styrkar bevisstheita om kven ein er. Hjelparane bør derfor nytte namnet på brukarane so ofte som mogeleg. Åtferda til brukarane vil vere avhengig av om dei forstår kva situasjon dei er i. Dersom ein legg måltida meir til rette slik brukarane er vant til frå heime, vil det vere lettare å gjenkjenne og forstå situasjonen for so å oppføre seg riktig (Berg 2002:38ff).

4.2.1.d Språk

Språkevna verte først og fremst svekka ved Alzheimers sjukdom og ved frontallappsdemens. Først kjem sviktande ordproduksjon. Den demente veit kva som skal seiast men har vanskar med å utføre det. Talen verte sein, usikker og flyt ikkje fritt. Ord og setningar verte ofte gjenteke. Ofte kan brukarar ha vanskar med å seie substantiv. Her vil talen vere flytande, men substantiv verte bytta ut med andre ord. Seint i utviklinga kjem manglande evne til å forstå kva andre seiar. Taleevne, skriveevne og leseforståing vil også vere nedsett (Snoek, Engedal 2008:176).

Det er ikkje alltid lett å forstå kva personen med demens forsøkar å formidle gjennom sin åtferd og sine utsegner. Sjølv om det kan verke heilt meningslaust for utanforståande, har det aldersdemente kommuniserer ei mening. Stadfesting er ein del av kjernen i kommunikasjon med personar med demens. I staden for å fokusere på realitetsorientering, bør ein heller gå med brukaren og forsøke å lytte og forstå den emosjonelle budskapet i det brukaren gjer eller seiar (Eide, Eide 2007:391f).

Personalet bør hugse at det kan vere lettare å forstå budskapet brukaren prøvar å formidle dersom vi kjenner bakgrunnshistorie, interesser og reaksjonsmønster. Sidan evna til å oppfatte det som verte sagt kan vere svekka, er det viktig å nytte enkle setningar med klart budskap (Berg 2002:18f).

Gode kommunikasjonsferdigheiter vil vere eit hjelpemiddel for å forstå brukaren som person, forstå relasjonen, kunne gje betre hjelp og støtte, ta gode avgjersler saman, og til å

stimulere ei best mogeleg utvikling hos den andre. Hjelparen har ofte kort tid på seg til å oppnå kontakt med brukarar og pårørande, samt få eit heilsleg bilete av situasjonen. Ein føresetnad for å førebygge uheldige val og dårlege løysingar vil vere å lytte aktivt og kommunisere klart (Eide, Eide 2007:21).

4.2.1.e Handlingssvikt

Handlingssvikt vil seie redusert evne til å setje saman ulike handlingar i ei heilskapeleg rekkjefylgje. Skal det gjennomførast må både hukommelse, planleggingsevne, sanseoppfatning, praksi og visuospatiale evner fungere. Dette gjer at brukarar med demens har vanskar med å gjennomføre vanlege daglege aktivitetar. Ved moderat demens har brukaren aukande vanskar med å gjennomføre personlege aktivitetar i dagleglivet. Dømer på dette er av - og påkledning, å vaske seg og å ete (Snoek, Engedal 2008:176).

Det er viktig at helsepersonell har tilstrekkelege kunnskapar til at ein klarar å gjenkjenne symptom på handlingssvikt i den praktiske kvardagen. Utan det kan ein oppfatte brukarens oppførsel og manglande evne som motvilje og planlagt motstand. Kunnskapar om funksjonssvikten skapar større toleranse for den sjuke's åtferd og ein er i betre stand til å gje rettleiing og oppmuntring som kan forhindre uheldige episodar (Berg 2002:18ff). Personar med demens fungerer mentalt atskillig langsommare enn friske. Dei vil derfor ha vanskar med å tilpasse seg det som er normale hastigheiter for andre. Når ein skal gje omsorg overfor personar med demens må ein ha tilstrekkeleg med tid for at den enkelte skal kunne samarbeide og delta (Sosial- og helsedirektoratet 2007:57).

Personar med nedsett hukommelse opplev større meistring i kvardagen om dei har faste daglege vaner og rutinar. Eit kjent heimemiljø hjelper også mykje. Når menneske med redusert hukommelse verte flytta ut av heimen, mistar dei støtte frå sine faste rutinar og vante heimemiljø. Ofte førar det til ein midlertidig reduksjon i meistring av ADL – ferdigheiter (Tuntland 2006:205).

Å la brukarane få vere aktive med dei ferdigheitene dei framleis klarar verte framheva som eit viktig tiltak for bevaring av funksjonsevna. Det å ete er ei av ferdigheitene som verte lengst bevart og å gjere det sjølvstendig har stor betydning for kjensla av meistring. Personalet bør derfor vere godt kjende med kva den enkelte klarer og kva grad av hjelp som er nødvendig. Svikt i meistringsevne verte veldig tydeleg under måltid. Dei fleste reagerar på søl med mat og manglande bordskikk. Direkte mobbing er vanskeleg å skåne brukaren frå, noko som gjer det viktig at den som treng assistanse har ein hjelpar ved sidan av seg. Plasseringa til personalet rundt bordet må vere basert på behov for rettleiing. Ein bør tilpasse forventingane til prestasjonsevna og tre støttande til når det er nødvendig. Kva som er rett metode vil vere situasjonsbestemt. Kjensla av å ikkje strekkje til verte minst mogeleg dersom ein klarar å skape lite merksemd rundt det. Personalet kan til dømes ha ekstra dekketøy og serviettar lett tilgjengeleg for uhella som kjem med jamne mellomrom. Hjelparane har mange mogelegheiter til å yte positiv påverknad. Fysisk sett kan vi passe på at alle sit bra, har god plass og godt lys. Vidare at det er ro i rommet, både ved å skru av tv og radio, men også ved å vere bevisst på eins eige støynivå (Berg 2002:31 ff).

Enkelte brukarar mistar dømmekraft og hemningar, noko som kan gjere at dei oppfører seg ukritisk ved matbordet. Ei løysing kan då vere at personalet hjelpar brukaren til å gå frå bordet for å fortsetje måltidet i rolegare omgivingar. Denne grensesettinga verte gjort for å ivareta brukarens sosiale integritet og verdigheit. Korleis personalet handterer situasjonen har betydning for brukarens kjensle av å ikkje strekkje til og uverdighet (Berg 2002:37).

4.2.1.f Forståing

Brukarar med demens kan ha svikt i evna til gjenkjenning eller identifisering av ord og objekt. Hyppigast er hørselsagnosi der brukaren ikkje klarer å forstå eller tolke det som verte sagt (Snoek, Engedal 2008:177).

4.2.1.g Generelle intellektuelle funksjonar

Allereie ved mild demens er evna til å abstrahere redusert. Dette kan til dømes vere å forstå ordtak, konsekvensar av økonomiske avtalar og å ha oversikt over komplekse situasjonar (Snoek, Engedal 2008:177).

4.2.2 Psykologiske og åtferdsrelaterte symptom

Angst og depresjonar førekjem hyppig ved demens. Ein kan også sjå vrangførestillingar, illusjonar og hallusinasjonar samt endring av personlegdom og aggresjon. Det er også vanleg med roping, klamring og endra døgnrytme (Snoek, Engedal 2008:177ff). Berg (2002) nemnar i tillegg utryggleik, isoleringstendens, nedsett dømmekraft (Berg 2002:22).

4.2.2.a Angst og depresjon

Angst og depresjon kan vere tilfelle ved alle grader av symptomutviklinga. Angst kan verte utløyst av sviktande evne til å sjå og forstå sin eigen situasjon og evne til å ta vare på seg sjølv. Sidan brukarar gradvis ikkje vil hugse frå det eine augeblikket til det andre, opplev brukarane ofte ei kjensle av å vere forlaten. Enkelte demente opplev ein panikkliknande angst. Når brukaren ikkje forstår situasjonen han er i, kan han få ein katastrofereaksjon der han verte redd og aggressiv, set seg til motverje eller rømmar unna (Snoek, Engedal 2008:177f).

Depresjon kan arte seg på same måte både for brukarar med og utan demens. Evna til å formidle at ein er deprimert verte redusert i takt med den intellektuelle svikten. Dette kan kome til uttrykk i form av sinne, irritabilitet og uro (Snoek, Engedal 2008:178).

4.2.2.b Psykotisk åtferd

Brukarar med demens kan ha vrangførestillingar, illusjonar og hallusinasjonar. Dette førekjem hyppigast ved moderat og alvorleg demens. Noko av det vi opplev som

vrangførestillingar kan skuldast tidsforskyving eller eit resultat av brukarens manglande forståing. Ved hallusinasjonar vil det i dei fleste tilfella gjelde syns –hallusinasjonar (Snoek, Engedal 2008:178f).

4.2.2.c Personlegdomsendringar

Sviktande intellektuelle evne og meistring gir aukande tendensar til meir primitive reaksjonar. Livslange psykologiske meistringsevner og forsvarsmekanismar verte svekka noko som kan gjere brukaren regressiv. Store endringar av personlegdoms trekk førekjem spesielt ved sjukdomar i hjernens pannelappar. Brukarane verte gjerne egosentriske og hemingslause (Snoek, Engedal 2008:179).

Det er viktig å forsøke å forstå den endra åtferda som ein del av demenssjukdomen. Det vil vere spesielt viktig å høyre på korleis pårørande opplev dette og hjelpe dei til å forstå at dette kan vere ein del av sjukdomsbiletet (Berg 2002:22).

4.2.2.d Interesseløyse og rastløyse

Auka passivitet og interesseløyse er den hyppigaste åtferdsendinga ved demens. Brukaren verte meir og meir stillesittande og sluttar med tidlegare interesser til pårørandes bekymring. I omgivingane elles verte ikkje dette opplevd som eit stort problem. Derimot er det verre når dette får utløp i form av rastløyse og uro. Dette kan mange gangar vere uttrykk for sagn av tidlegare aktivitetar. Ein finn ofte at dei som vandrar er menneske som aldri har likt å sitje i ro (Snoek, Engedal 2008:179).

Uro er smittande. Uroa blant brukarane stig derfor når personalet er stressa og spring i gangane. Personalet kan redusere dette ved til dømes å setje seg ned med brukarane ved matbordet (Berg 2002:24).

Eit typisk trekk ved demenssjukdom er sosial passivitet. Undersøkingar viser til at omgivingane og korleis ein plasserar seg i rommet under måltida har betydning for det sosiale samspelet både mellom brukarane og personalet, men også mellom brukarane seg i mellom. Set personalet seg ned og et saman med brukarane får ein ei god anledning til samtale og kontakt. Det er enklast for personar med demens å snakke om ting ein ser her og no. Personalet bør snakke saman på ein måte som inkluderar brukarane. Dei har i oppgåve å erstatte vener og familie som tidlegare var daglege støttespelarar for brukarane (Berg 2002:42f).

4.2.2.e Aggressivitet

For pårørende kan det vere vanskeleg å forstå og relatere seg til aggressiv og irritabel utagerande åtferd. Det er komplekse årsaker til aggresjonen. Det kan vere eit resultat av demensgrada, type demens, personlegdomstype, delirium, manglande forståing rundt eigen svikt, sviktande samhandling mellom brukar og miljø, miljøfaktorar og angstnivået hos brukaren. Aggressiv åtferd utløyst tilsynelatande utan noko forut, kan indikere at biologiske årsaker er sentrale. Ein kan oppleve forsvarsaggressivitet etter ei hending eller vanskeleg situasjon. Dette førekjem ofte ved samhandling mellom brukar og personar i miljøet. Det kan kome av at brukarens intimsfære er overtrakka, at han ikkje forstår situasjonen, kjenner seg frustrert, såra, krenka eller skamfull. Brukaren kan også gjenoppleve ei tidlegare vond hending (Snoek, Engedal 2008:179f).

4.2.2.f Roping og klamring

Roping vil vanlegvis opplevast først ved alvorleg demens. Det er sjeldan med kontinuerlig roping, men det er vanskeleg åtferd å relatere seg til og behandle. Den demente brukaren vil ofte ikkje sjølv vere klar over ropinga (Snoek, Engedal 2008:180).

4.2.2.g Endra døgnrytme

Enkelte demente får vanskar med innsovninga eller vaknar opp midt på natta eller tidleg om morgonen. Årsaker til dette kan vere at delirium, passivitet, redusert tidsforståing, konsentrasjonsevne og merksemd gjer at brukaren søv delar av dagen. Normalt vil brukaren derfor likevel få nok søvn (Snoek, Engedal 2008:180f).

4.2.3 Motoriske symptom

Av motoriske symptom kan ein sjå sviktande koordinering, balansesvikt, sviktande evne til å berekne avstandar og svikt i samordning av muskulaturen for hensiktsmessige og glidande rørsler. Personar med demens kan også ha sviktande muskelkoordinering som vil påverke evna til å nytte kniv og gaffel, samt å tygge maten. Enkelte får også Parkinsonliknande gange, treigleik, rigiditet og tremor. Etter kvart som sjukdomen utviklar seg vil kontrollmekanismen over dei naturlege funksjonane svikte. Dette inneberer inkontinens både for urin og etter kvart også avføring (Snoek, Engedal 2008:181).

Forskning gir ulikt resultat på om regelmessig fysisk aktivitet har innverknad der demens utviklinga alt har starta. Det er dokumentert at strukturert trening i rimeleg grad støttar effekt på rørsleevna. Resultatet er motstridande når det gjeld gangfunksjon, ADL – aktivitetar, balanse og uthald. Rapportar sei at tilrettelagt fysisk aktivitet har innverknad på dei mentale funksjonane hos eldre med demens, då spesielt merksemd, hukommelse, kommunikasjonsevne, overordna mentale funksjonar, samt evna til å utføre praktiske oppgåver. Ut i frå studiane kan ein konkludere med at eldre med ulik grad av sviktande mental helse kan ha utbytte av fysisk trening. Der er fleire fysiske og psykologiske effektar. Dei viktigaste måla vil vere å oppretthalde helse, evne til å kommunisere i tillegg til mentale og kvardagslige funksjonar. Mange menneske verte lett inaktive på grunn av nedsett evne til å ta initiativ. Her er det viktig at personellet følgjer opp. Aktiviteten bør vere tilpassa den enkelte person og vedkommandes mentale og fysiske status. Truleg vil personen oppleve større engasjement for aktiviteten om det er noko som er kjemt frå tidlegare. Under gjennomføringa er det viktig å redusere mest mogeleg av forstyrrende element i omgivnadane. Kommunikasjon kan verte eit stort problem (Helsedirektoratet 2009:268ff).

4.3 Vernepleiarens kompetanse

Vernepleiarens kompetanse vert ofte omtala som tredelt: helsefagleg, pedagogisk og sosialfagleg (Owren, Linde 2011:13). Vernepleiarane skal nytte kunnskapane frå ein samansetnad av ulike fag i møtet med menneske med samansette behov (Hutchinson 2009:53). Yrkesgruppa arbeidar i direkte og ofte langvarig kontakt med menneske med funksjonsnedsettingar som skapar behov for hjelp og støtte til å takle utfordringar i kvardagen. Vernepleiefagleg arbeid omfattar derfor å skape og halde vedlike relasjonar utan å bere preg av paternalisme, samt å realisere ambisjonar om velferd og livskvalitet saman med eller på vegne av menneske med funksjonsnedsettingar. Yrkesutøvarane skal ta i betraktning både rammer i miljøet og personars individuelle føresetnadar, ynskjer og interesser (Hutchinson 2009:58f). *Utfordringene i arbeidet handler om et vidt felt der kommunikasjon, observasjon, opplæring, støtte og hjelp inngår* (Hutchinson 2009:65). Vernepleiarane er autoriserte helsepersonell med fokus på miljøarbeid, habilitering og rehabilitering. Arbeidsområda er mange, og omfattar blant anna barnevern, sosialteneste, arbeid og velferd, psykisk helsevern, rusomsorg, barnehage og skule, eldreomsorg, omsorg for funksjonshemma og kriminalomsorg (Hutchinson 2009:98f). Vernepleiaren har gjennom utdanninga fått øving i ulike observasjons- og registreringsmetodar, mogelege feilkjelder og analyse av observasjonar (Hauge 2011:18). Eit anna aktuelt mål i utdanninga er kunnskapar om kollegarettleing og rettleing av tilsette (Hauge 2011:29).

Vernepleierens grunnleggende funksjoner kan sammenfattes som:

- *å bidra til målrettet stimulering, opplæring og utvikling med sikte på selvstendig mestring av dagliglivets oppgaver*
- *å ivareta daglig omsorg for og på vegne av andre, med trivsel og velvære hos den enkelte som siktemål*
- *å bearbeide nære og fjerne rammebetingelser med sikte på bedret livssituasjon for funksjonshemmede*
- *å forebygge funksjonsvansker og hindre ytterligere funksjonssvikt.*

å legge til rette for deltakelse og medbestemmelse i de ulike situasjoner som hverdagslivet består av, også for brukere som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker (Hauge 2011:4).

Miljøarbeid er vernepleiarens primære funksjon. Det kjenneteiknast ved systematisk bruk av kunnskaps- og fagretningar som grunnlag for praktisk utøving. Arbeidsmåten har eit brukarorientert utgangspunkt med habilitering og/eller rehabilitering som mål (Hauge 2011:6).

4.3.1 Miljøarbeid

I innleiinga viser eg til Wogn-Henriksen (2007) som skriv om miljøets påverknad på utvikling av demens hos individet. I denne samanhengen finn eg fleire omgrep. Forfattaren nemnar miljøterapi, miljøbehandling og miljøarbeid.

Omgrepet miljøbehandling omhandlar tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale forhold for å oppnå optimal meistring, trivsel og personleg vekst (Wogn-Henriksen 2007:19). Sosial- og helsedirektoratet (2007) skriv at miljøbehandling er eit samleomgrep for summen av dei forhold rundt oss som vi veit eller går ut i frå påverkar menneske. Dette inkluderar både dei fysiske og de menneskelege rammene. Der finns ingen overordna teori på området, men eit stort mangfald variantar som er utforma på ulike teoretiske grunnlag (Sosial- og helsedirektoratet 2007:57).

Linde og Nordlund (2006) viser til Fellesorganisasjonen for vernepleiarar, sosionomar og barnevernspedagogar (2000) sin definisjon av miljøarbeid i eit notat om vernepleiaryrket: *... en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker (Linde, Nordlund 2006:22).* Omgrepet miljøterapi verte definert som ei gjennomtenkt og systematisk tilrettelegging av miljøets sosiale, psykologiske og materielle/fysiske føresetnadar i forhold til individet eller gruppas behov og situasjon. Intensjonen er å fremme mogelegheiter for meistring og

personleg ansvar. Det kan verke som om eg no har gjenteke meg sjølv fleire gongar. Forfattarane framhevar likevel at der er ein skilnad mellom omgrepa miljøarbeid og miljøterapi. Ved miljøterapi er drivkrafta å gjere folk friske, noko som gjer det omgrepet lite passende i samanheng med til dømes utviklingshemma (Linde, Nordlund 2006:20f).

Ut frå kva eg har funne er miljøbehandling og miljøarbeid tilnærma det same. Eg vel å nytte omgrepet miljøarbeid i den vidare skrivinga sidan det er det omgrepet eg er vant med å nytte gjennom vernepleieutdanninga ved Høgskolen i Molde. Miljøarbeid som fagområde vart starta med etableringa av vernepleieutdanninga (Linde, Nordlund 2006:17).

Miljøarbeid verte utført av eit mangfald av aktørar, deriblant vernepleiarar. Dette innebere at det verte utøvd av fagpersonar med sprikande vokabular, ulike vitenskapsteoretiske basar og ulike kunnskapstradisjonar. Fenomenet er i tillegg kompleks og dynamisk av natur. Innan faglitteraturen er miljøarbeid utforma på tre nivå (Wogn-Henriksen 2007:19).

4.3.1.a Fysiske og psykososiale rammer ved miljøet

Wogn-Henriksen (2007) skriv at det komplekse samfunnet i dag er utfordrande å takle for menneske med sviktande intellektuelle funksjonar. Det er derfor viktig innan demensomsorga å legge til rette for gode livsrammer både fysisk og psykososialt. Fysiske forhold inneberar arkitektur, lokalisering og fysisk utforming inne og ute. Fagmiljøet er i stor grad einig i at det mest hensiktsmessige for aldersdemente er små, tilrettelagte bustadeiningar med eit stabilt personale. Psykososiale rammer er kanskje det som er mest utslagsgivande for kva slags miljø som verte skapt. Dømer på psykososiale rammer er personalpolitikk, organisering, leiing, tal på stillingar, opplæring og rettleiing. Manglar enkelte av rammeføresetnadane kan kvaliteten på miljøarbeidet verte tilfeldig og personavhengig. Det aller viktigaste i miljøet er innhaldet og kvaliteten. Avgjerande kvalitetar for å skape eit godt miljø er blant anna personalets menneskesyn, respekt, gode haldningar, god tid, viljen til å møte brukaren der han/ho er og ei positiv avdelingsatmosfære. Opplever brukaren rikeleg med støtte og forståing, samt tilpassa

aktivitetsnivå vil det vere lettare å leve med demens. Forfattaren skriv vidare at den viktigaste ingrediensen i god demensomsorg er kommunikativ kompetanse. Det vil seie evna og viljen til å forstå både språklege og kroppslege signal frå personar med demens (Wogn-Henriksen 2007:19ff).

4.3.1.b Individuelt symptomfokusert endringsarbeid.

Vidare peikar Wogn-Henriksen (2007) på den grunnfesta respekten for alle menneskes rett til å vere seg sjølv. Innan demensomsorga bør det vere stor aksept for ulikheit i åtferd, funksjonsnivå og veremåte. Det skal derfor vere veldig sterke og gode grunner til å sjå på ei åtferd som behandlingstrengande, men det kan vere aktuelt å forsøke å moderere problemåtferd på individnivå dersom brukaren lider eller åtferda går utover omgivingane i urimeleg grad. Ein bør heller leite etter årsaksforståing enn psykofarmaka, for so å prøve ut tiltak som til dømes kan trygge, støtte, gje meistringsoppleving, oppklare, forenkle eller skjerme. Til dette kan ein nytte ein klassisk problemløysingsmodell (Wogn-Henriksen 2007:21)

Høgskolen i Molde nyttar den heilslege arbeidsmodellen som overbygging over størsteparten av vernepleieutdanninga (vedlegg 1). I alle fasar skal vernepleiaren arbeide og samarbeide med respekt for brukaren og pårørande. Fokuset i fasane skal også vere på etiske dilemma og avpassingar, i tillegg til omsorgsideologiske og juridiske vurderingar. Modellen synleggjer miljøarbeid som vernepleiarens primære funksjon. Modellen passar ulike typar arbeid. Prosessen med kartlegging, analyse, målsetting, tiltak og evaluering kan gå føre seg både på individuelt, gruppe og samfunnsnivå (Hauge 2011:5f).

4.3.1.c Miljøarbeid som spesifikk metode for individ/gruppe

Wogn-Henriksen (2007) viser til at ein i faglitteraturen finn ei rekke ulike metodar med ulike grader av systematikk, til dømes realitetsorientering, reminisens, fysisk aktivisering, song og musikkterapi. Metodane skil seg frå kvarandre ved å vere demensspesifikke eller generelle metodar med tilpassingar for demens, om dei behandlar direkte eller indirekte

påverknaden av demenssymptom. Kompleksiteten er også ulik. Det kan vere både enkle og multimodale prosedyrar (Wogn-Henriksen 2007:23).

4.3.2 Institusjon som arena for miljøarbeid

Torhild Holthe (2007) skriv at det er samspelet mellom det fysiske miljøet og den rådande kulturen som skapar rammene for det mellommenneskelege innhaldet i bustadeininga. Dette styrar korleis personalet møtar brukarane og korleis det sosiale klimaet er. I dette arbeidet er tverrfagleg samarbeid nødvendig, der ein lyftar fram kva som kan støtte eller vere til hindring for deltaking i daglege aktivitetar og korleis god utforming kan bidra til tryggleik, effektivitet og pasientsentrerte omgivingar. Ein kan sjå på dei sosiale og fysiske omgivingane som terapeutiske verkty i miljøarbeid (Holthe 2007:165).

Nyare forskning har konsentrert seg om korleis ein best kan utvikle og oppnå terapeutiske mål for omsorga, noko som kan bidra til god fysisk utforming, behandling, omsorg og forskning. Eit terapeutisk mål som lett orientert, og tryggleik kan knytast til filosofien om at opne rom er bra for orientering, og at eit avgrensa uteområde gjer anledning til å kunne bevege seg trygt ute. Eit anna mål er heimleg. Det handlar om å møblere romma slik at det ser ut som ein heim, men også å skape kjensla av å vere heime. Bustaden skal kompensere for svikten, styrke sjølvstendet, personens identitet og sjølvkjensle. Eininga skal samtidig vere lett å orientere seg i, ha tilstrekkeleg med stimuli, vere ein god arbeidsplass og verke innbydande på pårørande og lokalsamfunnet.

Gode tiltak for personar med demens vil reint fysisk vere å ha godt nok lys, god akustikk, golvflatar som fremmar mobilitet og hindrar fall. God sitjekomfort og utforming av trappar og bad er også viktig.

Forfattaren viser til ei oppsummering av kva som er anbefalte karakteristika: eit lågt tal på bebuarar, gjenkjenneleg byggestil og ei heimleg atmosfære. Der bør vere tilbod om deltaking i aktivitet på kjøkkenet, vaskerom og i hage. Tryggleiksordningar bør ikkje verke påtrengande eller invaderande. Romma bør ha ulike funksjonar og vere møblert og utstyrt slik brukarane er vant til. Brukarane bør ha tilgang til eit trygt uteområde og ha enkeltrom der dei har plass til personlege møblar og eigendelar. Der det er mogeleg bør ein få på

plass gode skilt og leietrådar. Ein bør også heller nytte objekt enn fargar som orienteringsstøtte. Ein bør føre kontroll og gradering av stimuli, til dømes unngå støy (Holthe 2007:165ff).

4.3.3 Faglege perspektiv

Tuntland (2006) peikar på at ulike kulturar kan regjere på sjukeheimar. I hjelpekulturen oppfattar pleiarane sjukeheimen som ein institusjon som skal ”ordne alt” for brukaren. Resultatet av dette kan verte ein passiv og apatisk kvardag for brukarane, der konsekvensane av inaktivitet etter kvart verte gjeldande. Det kan vere vanskeleg å endre ein slik kultur. Enkelte yrkesgrupper legg meir vekt på aktivitet enn enkelte andre. Vernepleiar, aktivitør og ergoterapeut vil truleg fokusere meir på brukaranes psykososiale behov og ein aktivitetsorientert kultur under føresetnad at stillinga deira er frigjort frå pleia. Dessverre verte slike stillingar kutta først under økonomiske nedskjeringar. Utan tverrfagleg - het på sjukeheimar kan hjelpekulturen verte etablert. Personalet må kjenne brukarane godt for å yte rett mengde med hjelp. Dei må vite kva evner, behov og ynskjer dei har. Dette er noko som krev tid og som er vanskeleg å få til i praksis på store avdelingar. Der er kanskje lite faglærte personale og mykje omrokeringar (Tuntland 2006:246ff).

Owren og Linde (2011) beskriv tre ulike perspektiv på fenomenet funksjonshemming. Den første er den biologisk – medisinske forståinga der funksjonshemming verte sett på som ei naturleg fylgje av folks funksjonsnedsetting. Denne forståinga gjennomsyrrar endå mykje av den konkrete praksisen i det helse- og sosialfaglege feltet. Når hjelpeapparatet oppfattar personens vanskar som noko som skuldast ulike forhold ved personen sjølv, verte det faglege arbeidet i hovudsak fokusert på endring og utvikling av deira individuelle føresetnadar.

Den andre modellen er kjent som den sosiale modellen. I dette perspektivet er det eit tydeleg skilje mellom funksjonsnedsetting og funksjonshemming. Funksjonsnedsettingar er forhold ved personen. Funksjonshemming oppstår i møtet mellom personen med

funksjonsnedsettingar og forhold i omgivingane og samfunnet som hemmar og hindrar dei i deltaking. Denne forståinga har ført til endringar og tilføyningar av lovverk og ei nedbygging av samfunnsmessige funksjonshemmande barrierar.

Den tredje og siste forståinga er gap – eller misforholdsmodellen som speglar den norske helse- og sosialpolitikken i dag. Funksjonshemming verte i dag definert som eit gap eller misforhold mellom individets føresetnadar og krava som verte stilt av personens fysiske og sosiale omgivingar. Ein forsøkar å legge ulike situasjonar til rette for å kompensere for gapet. Målet er at funksjonsnedsettinga skal vere irrelevant ved å tilstreve ein match mellom personens føresetnadar og omgivinganes krav i flest mogeleg situasjonar (Owren, Linde 2011:30ff). Det er i prinsippet tre tilnæringsmåtar for å minske gapet: styrking av individet, tilrettelegging av situasjonar og oppgåver eller å tilpasse miljøet. Det er eit kriterium at ein har kunnskapar både om aldring og aldersrelaterte lidingar, samt individuell konsekvensar av kognitiv svikt. Det vil som regel vere nødvendig både å tilrettelege det fysiske miljøet generelt og individuelle tilrettelegingar. Dette er spesielt viktig i forhold til samhandling og meistring av situasjonar og oppgåver, som vidare vil ha betyding for brukarens mogelegheiter for deltaking og oppleving av identitet, sjølvbiletet og meistring (Holthe 2007:169f).

5.0 DRØFTING

Eg vil i drøftinga ta for meg korleis vernepleiaren kan nytte sin kompetanse til å oppretthalde ulike funksjonsevner hos brukarar med demens. Dette ut frå teori og eigne erfaringar. Eg har valt litteratur som omhandlar demens og vernepleiarens kompetanse, spesielt miljøarbeid. Dette vil kanskje gje meg eit svar på problemstillinga mi:

Korleis kan vernepleiaren bidra til å oppretthalde funksjonsevner hos eldre demente på sjukeheim?

Eg har gjennom litteraturstudiet funne at: Demens er eit samleomgrep over ulike symptom som er kjenneteikna ved erverva kronisk svikt på minimum to områder. Redusert hukommelse er eit obligatorisk symptom. Både skadane som ligg til grunn for demens og symptoma vil normalt auke over tid. Etter kvart som demensen utviklar seg vil personen få gradvis meir reduserte funksjonsevner, heilt til vedkommande er avhengig av tilsyn, hjelp og/eller fysisk pleie (Snoek, Engedal 2008:170ff). Eldre- og demensomsorga er eit aktuelt arbeidsområde for vernepleiarar (Hutchinson 2009:98f). I fylgje Hauge (2011) er miljøarbeid vernepleiarens primære funksjon (Hauge 2011:6). Miljøarbeid handlar om å systematisk legge til rette fysiske, psykiske og sosiale forhold i miljøet for å auke personleg vekst og utvikling hos individet (Linde, Nordlund 2006:22).

5.1 Vernepleiaren i demensomsorga

På ein sjukeheim kan det vere fleire kulturar som regjerar. Tuntland (2006) omtalar to; hjelpekulturen og den aktivitetsorienterte kulturen. I hjelpekulturen ser pleiarane på det som si oppgåve å ”gjere alt” for brukaren. Dette kan gjere kvardagane passive og apatiske for brukarane, der dei etter kvart verte inaktive. Enkelte helsepersonell, som til dømes vernepleiarar og aktivitørar, har truleg fokuset retta meir på aktivisering og brukarens psykososiale behov. Forfattaren peikar på at ein føresetnad er stillingar frigjorde frå pleia, noko eg er einig i. Eg har opplevd at det er ikkje enkelt i ein hektisk kvardag å skulle fremme aktivisering på topp av pleieoppgåvene. Det kan lett verte ei skeiv fordeling av arbeidsoppgåvene mellom dei tilsette, noko eg for min del ikkje syns er so kjekt. Tidlegare

har eg streva etter at eit aktiviseringsfokus ikkje skal opplevast som ei byrde for dei eg er på jobb attmed. Dette ut frå ein tanke om at eit godt arbeidsmiljø kan ha mykje å seie for om kollegaene er mottakelege for rettleiing og råd.

Owren og Linde (2011) peikar på at den medisinske modellen framleis gjennomsyrrar mykje av den konkrete praksisen i det helse- og sosialfaglege feltet, til tross for at det er gap – eller misforholdsmodellen som speglar dagens norske helse- og sosialpolitikk. Ut frå dette vil det faglege arbeidet på ein sjukeheim omhandle endring og utvikling av individets føresetnadar. Her kan nok vernepleiarane bidra til å fremme gap – modellen i det faglege arbeidet. Eg tenkjer at det kan skje både gjennom konkret kollegaretleiing og gjennom å vere eit ”godt døme”.

I og med at miljøarbeid har eit so stort fokus hos vernepleiarane, tenkjer eg det verte naturleg for ein vernepleiar å trekkje det inn i arbeid med personar med demens. Miljøarbeid verte kjenneteikna av systematisk tilrettelegging av ulike faktorar i miljøet med mål om oppnåing av personleg vekst og utvikling hos den enkelte brukar (Linde, Nordlund 2006). Ein kan nytte ein problemløysingsmodell i arbeidet (Wogn-Henriksen 2007). Den heilslege arbeidsmodellen til vernepleiarane ved Høgskolen i Molde kan gå føre seg på tre nivå; individuelt, gruppe og samfunnsnivå (Hauge 2011). Eg ser parallellar mellom den og Wogn-Henriksen (2007) si beskriving av miljøarbeid over tre nivå. Slik eg vurderar det verte individnivået det forfattaren kallar ”individuelt symptomfokusert endringsarbeid”, gruppenivået ”miljøarbeid som spesifikk metode for individ og gruppe” og samfunnsnivået/organisasjon ”fysiske og psykososiale rammer ved miljøet”. For at ikkje oppgåva skal verte for omfattande kjem eg her berre til å drøfte individnivået.

5.2 Miljøarbeid på individnivå

Vernepleiarane har som eg skriv lenger oppe, ein arbeidsmodell å jobbe etter. Den består av fasane kartlegging, analyse, målsetting, tiltak og evaluering (Hauge 2011).

5.2.1 Kartlegging

Berg (2002) framhevar at ein må legge til rette ut frå den enkeltes funksjonsevner. Dette gjer det nødvendig med kunnskapar både om sjukdomen, type, den kognitive svikten og personlegdom, vanar og behov hos individet. Ein sentral del vil vere kartlegging av korleis brukarane meistrar alminnelege praktiske oppgåver i kvardagen. Det finns fleire metodar ein kan nytte til dette. Sosial- og helsedirektoratet (2007) peikar på at det i tillegg er nødvendig med innsikt i brukarens meistringsmåtar. Berg (2002) skriv at helsepersonellet må ha tilstrekkelege kunnskapar for å kunne gjenkjenne symptom. Viss ikkje kan ein oppfatte brukarens oppførsel og manglande evne som motvilje og planlagt motstand. Har ein tilstrekkeleg med kunnskapar om funksjonssvikten vil ein få større toleranse for åtferda til den sjuke og ein klarar betre å gje rettleiing og oppmuntringar som hindrar uheldige episodar. Witsø og Teksum (1998) legg vekt på at ein bør ha kunnskapar og ferdigheiter innan observasjonsteknikkar. Dette har vernepleiarane øving i gjennom utdanninga (Hauge 2011). Dette sei meg at det vil vere nødvendig å setje av både tid og ressursar for å sikre at det verte gjort eit grundig nok arbeid. Det vil kanskje vere nødvendig med personellmøte for å sikre at flest mogeleg får nødvendig informasjon rundt korleis ein skal gjennomføre kartlegging dersom det er fleire som skal vere involverte. Her vil nok vernepleiaren ha nytte av sine kunnskapar om kollegarettleiing.

5.2.2 Analyse

Kva symptom ein ser vil variere frå person til person (Snoek, Engedal 2008). Berg (2002) skriv vidare at innhaldet i omsorga bør ta utgangspunkt i individets sviktande evner og dei ferdigheitene som framleis er til stades. Etter mine vurderingar vil det bety at korleis ein bør gå fram for å minske gapet mellom individets føresetnadar og krava til omgivingane også vil variere.

Brukarar med moderat demens mistar grepet om livet. Dei kan ha vanskar med å fylgje med i ein samtale med fleire samtalepartnarar og å konsentrere seg om ei oppgåve (Snoek, Engedal 2008). Dette kan føre til auka forvirring, uro og dårlegare evne til meistring. Ein bør derfor unngå flest mogeleg forstyrringar som tv, radio og menneske som kjem og fer (Berg 2002).

Ein vil sjå ei ytterlegare svekking av hukommelse, tidsorienteringsevna og språk. Ein brukar med moderat demens vil på grunn av den reduserte hukommelsen, ha vanskar med å planlegge minutt og dagar fram i tid. Truleg er dette grunnen til at det er vanleg å sjå passivitet, interesselause og tilbaketrekking ved demens (Snoek, Engedal 2008). Berg (2002) skriv at den svekka hukommelsen gjer det vanskeleg å lære nye ting. Ein bør derfor ta utgangspunkt i aktivitetar og reiskap ein veit er kjent frå før.

Dei kan også miste evna til å orientere seg i rom og har lett for å gå seg vill på ukjende stadar (Snoek, Engedal 2008). Avdelinga bør vere lita og oversikteleg med koseleg daglegstove og ha eit avgrensa ute areal (Tuntland 2006). Tiltak som betrar mogelegheitene til å orientere seg vil dempe opplevinga av forvirring og utryggleik. I praksis kan dette vere at personalet namngir aktuelle objekt, handlingar, omgivingar og tidspunkt under samhandling med brukaren (Berg 2002). Ein bør plassere gode skilt og leietrådar der det er mogeleg, og nytte objekt som orienteringsstøtte (Holthe 2007).

Det er vanleg at psykiske symptom visar seg. Evna til av – og påkledning, personleg stell og hushald er sterkt redusert ved moderat demens. Evna til å gjennomføre automatiske, overlærte hendingar vil vare lengst. Dømer på dette er å ete med kniv og gaffel. På dette punktet i symptomutviklinga kan det vere aktuelt at helsevesenet kjem på banen (Snoek, Engedal 2008). Det vil vere nødvendig med hjelp av ulik grad. Samtidig peikar Wogn-Henriksen (2007) på at alle menneske har rett til å vere seg sjølve og at ein derfor berre skal forsøke å endre på åtferd dersom ein brukar lid eller åtferda i urimeleg grad går utover omgjevnadane. I arbeidet mitt har eg sett ulike åtferder som eg har opplevd som svært negative både for brukaren sjølv og dei rundt. Eg kan nemne både fysisk og verbal utagering. Eit problem eg har opplevd en del av er mobbing av brukarar. Eg har sett det mest under måltid på avdelingar der det er både brukarar med og utan demens. Berg (2002) skriv at dei fleste vil reagere på manglande bordskikk og søl med mat. Sjølv om det er vanskeleg å skåne frå direkte mobbing, kan personalet/vernepleiaren dempe kjensla av å ikkje strekkje til ved å gjere minst mogeleg ut av det. Ekstra dekketøy og lett tilgjengelege serviettar gjer at ein raskt kan rydde opp. Dersom brukaren oppfører seg svært ukritisk ved

matbordet, kan den beste løysinga vere å skjerme brukaren ved å hjelpe brukaren vekk frå bordet for å forsetje måltidet i rolegare omgivingar. Ei slik grensesetting vil då ivareta brukarens sosiale integritet og verdigheit. Samtidig vil åtferda til brukarane vere avhengige av at dei forstår kva situasjon dei er i. Dette kan ein forsøke å oppnå ved å leggje til rette måltida mest mogeleg likt det dei er vande med heima frå. Brukarane vil då ha lettare for å gjenkjenne og forstå, for so å oppføre seg riktig. Eg tenkjer at ved det siste alternativet minskar ein gapet mellom miljø og den demente brukarens funksjonsevne, ved å tilpasse miljøet gjennom tilrettelegging av situasjonen.

5.2.3 Målval

I fylgje Berg (2002) bør målet for all demensbehandling vere at brukaren fungerer på eit høgast mogeleg nivå. Vernepleiarane skal arbeide for å realisere ambisjonar om velferd og livskvalitet saman med eller på vegne av menneske med funksjonsnedsettingar (Hutchinson 2009). Hauge (2011) skriv at vernepleiarane skal legge til rette for deltaking og medbestemming i kvardagen, også for dei som har vanskar med å uttrykke seg. Ein kan sjå ein reduksjon i språkevne ved Alzheimers sjukdom og ved frontallappsdemens (Snoek, Engedal 2008). Eide og Eide (2007) peikar på at det ikkje alltid er lett å forstå kva ein brukar med demens prøvar å formidle. Ut i frå dette tenkjer eg at ein føresetnad for oppnåing av brukarmedverknad vil vere gode kommunikasjonsferdigheiter hos vernepleiaren. Dette kan kanskje variere frå fagperson til fagperson. Eide og Eide (2007) skriv vidare at ein heller enn å fokusere på realitetsorientering, bør gå i lag med brukaren og prøve å lytte og forstå budskapet til brukaren. Dette kan vere lettare dersom vi kjenner til bakgrunnshistorikk, interesser og reaksjonsmønster (Berg 2002).

Måltida strukturerar dagen og markerar tid. Gjennom måltida kan ein legge til rette for oppnåing av fleire mål. Berg (2002) nemner gjentakning og gjenkjenning, kjensle av meistring, styrking av orienteringsevna, stimulering av sansane, sosial stimulering, tryggleik og trivsel samt observasjon og vurdering av funksjonsevne. Også her gjeld det å la brukarane få aktivt nytte dei ferdigheitene dei framleis har.

5.2.4 Tiltak

Berg (2002) viser til at effektive tiltak for sinking av funksjonsnedsetting er avhengige av kontinuitet i behandlingsopplegget. Det er viktig at det som verte starta opp får fortsetje over tid. Eit naturleg utgangspunkt under planlegging og tilrettelegging av brukarens kvardag er derfor dei gjeremåla som gjentek seg kvar dag. Tuntland (2006) skriv at faste daglege vanar og rutinar gir personar med nedsett hukommelse større mogelegheit til å oppleve meistring. Det er to aktivitetar spesielt eg ser gjentek seg; stell og måltid.

I fylgje Berg (2002) har mange brukarar med demens det som verte kalla handlingssvikt, nemleg vanskar med å klare dei daglege aktivitetane. Tuntland (2006) skriv at ved dagleg deltaking i ADL – aktivitetar kan brukarane halde vedlike motoriske funksjonar, men også kognitive funksjonar som problemløysing og forståing av omgrep. Det kan i tillegg bidra til å styrke sjølvkjensla, helse og velvære og halde unna depresjon. Brukaren bør derfor få gjere mest mogeleg sjølv. Likevel er det lett å hjelpe meir enn nødvendig i ein travel kvardag. Dette er dessverre noko eg kjenner meg igjen i. Tid har nærmast vorte ei mangelvare. Eg ser på dette som svært negativt der ein har med menneske å gjere. Sosial- og helsedirektoratet (2007) peikar på at personar med demens fungerer mentalt langsommare enn andre. Dette gjer at dei har vanskar med å tilpasse seg det som er normale hastigheiter for andre. Det er derfor nødvendig med tilstrekkeleg med tid, slik at brukaren kan samarbeide og delta.

Aktuelle metodar kan vere realitetsorientering, reminisens, fysisk aktivisering, song og musikkterapi (Wogn-Henriksen 2007). Men vil eit tiltak vere bra for alle? Ta til dømes song og musikkterapi. Eg tenkjer at brukarane vil ha ulike musikksmakar dei som alle andre. Det er heller ikkje sikkert at alle er like kjent med musikkutvalet. Kanskje kan pårørande kome med opplysningar om kva brukaren har føretrekt, utover det vil eg tru ein må prøve seg litt fram.

5.2.5 Evaluering

Symptoma ved demens vil auke over tid (Snoek, Engedal 2008). Etter mine vurderingar vil det krevje at ein driv kontinuerleg evaluering av nytteverdi i tiltak og nye kartleggingar av funksjonsevnene. Etter kvart som funksjonssvikten verte større vil ein nok måtte endre på tiltak og miljøet rundt.

6.0 AVSLUTTNING

I avslutninga vil eg ta med ei oppsummering, konklusjon og refleksjon av oppgåva. Eg ser tilbake på det eg har vore i gjennom og kjem med ein konklusjon i forhold til problemstillinga mi.

6.1 Oppsummering

I oppgåva har eg funne ut av kva demens er og kva svikt i funksjonsevner som kan fylgje med det. Eg har også sett på kva helsepersonell konkret kan gjere for at brukaren med demens skal kunne ha det best mogeleg på ein sjukeheim og kva kompetanse ein vernepleiar har. Eg har hatt eit spesielt fokus på miljøarbeid. Teorien eg har funne i litteraturstudiet har eg drøfta ut frå problemstillinga: *Korleis kan vernepleiaren bidra til å oppretthalde funksjonsevner hos eldre demente på sjukeheim?*

6.2 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgåva, i form av teori, drøfting og omarbeiding, ser eg at det er mykje helsepersonell generelt kan gjere for at brukarar med demens skal kunne oppretthalde funksjonsevnene sine. Enkle tiltak som ein kvit duk på matbordet på søndagar kan gjere det heimkoseleg, samtidig som det både kan styrke tidsorienteringsevna og føre til at brukarane kjenner seg tryggare gjennom gjenkjenning.

I problemstillinga mi spør eg etter kva vernepleiaren kan bidra med i denne samanhengen. Teorien sei at kompetansen til vernepleiarane er samansatt av fleire fag; det helsefaglege, det pedagogiske og det sosialfaglege.

Eg har konsentrert meg om den helsefaglege biten i oppgåva. Den har eit fokus på miljøarbeid, habilitering og rehabilitering. Eg valte i den samanhengen å avgrense oppgåva

til miljøarbeid. I teorien fann eg at miljøarbeid verte utført av eit mangfald av aktørar med ulike vitenskapsteoretiske basar og ulike kunnskapstradisjonar.

Vernepleiaren har gjennom si utdanning øving i bruk av ulike observasjons- og registreringsmetodar og kunnskapar om kollegarettleiing og rettleiing av tilsette. Dette vil nok vere nyttig under kartlegginga av funksjonsevnene til den enkelte brukar.

Det er truleg at vernepleiaren har eit fokus som er meir retta mot aktivisering og brukarens psykososiale behov enn kanskje andre omsorgsyre har. Sjølv om det i dag er gap – modellen som speglar den norske helse- og sosialpolitikken, har den medisinske modellen eit godt feste i den konkrete praksisen innan feltet. Eg trur at her kan vernepleiaren vere med på å fremme gap – modellen gjennom kollegarettleiing og gjennom å vere eit ”godt døme”.

6.3 Refleksjon

Gjennom arbeidet med oppgåva har eg fått innsikt og kunnskapar som vil vere nyttige i mi seinare yrkesutøving. Oppgåva har eit fokus på oppretthalding av funksjonsevner ved demens og miljøarbeid. I ettertid ser eg at denne oppgåva kunne ha vore løyst på andre måtar. Eg kunne til dømes ha nytta ein case og drøfta meir konkrete tiltak opp mot funksjonssviktane til individet i casen.

I teorien fann eg at vernepleiarane skal nytte kunnskapane frå samansetninga av fag i møtet med menneske med samansette behov (Hutchinson 2009). For at ikkje oppgåva skulle verte for omfattande valte eg å avgrense den til den helsefaglege delen av vernepleiarens kompetanse. Eg hadde kanskje funne andre svar på problemstillinga mi dersom eg hadde fokusert meir på styrken til vernepleiarane som ligg i den breie kompetansen.

7.0 LITTERATURLISTE

Aadland, Einar (2011). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.utgåve. Otta: Universitetsforlaget.

Berg, Grethe (2002). *Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgåve. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utgåve. Otta: Gyldendal Akademisk.

Hauge, Kari Westad (2011) *Bachelor i vernepleie fagplan*. Høgskolen i Molde ved Avdeling for helse og sosialfag.

Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *St. meld. nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Holthe Torhild (2007) Det går an! – Tilrettelegging av fysisk miljø på institusjon, dagsenter og hjemme. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) (2007). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse. Kap.17

Hutchinson, Gunn Strand (red.) (2009). *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer*. Otta: Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim (2001). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Otta: Gyldendal Akademisk.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Otta: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Otta: Universitetsforlaget.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykatri*. 3.utgåve. Otta: Akribe.

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

Tuntland, Hanne (2006). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Høyskoleforlaget.

Westerberg, Trude Helen (red.) (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørendeskoler. Kartlegging 2007*. Forlaget Aldring og helse.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Aurskog: Tano Aschehoug.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2007). ”Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!” Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) (2007) *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse. Kap.2

Dikt av ukjent opprinnelse:

http://www.demensogtro.no/ressurser/i_glemselens_strie_land.pdf Lest: 15.mars 2012

7.1 Sjølvvalt pensum

Berg, Grethe (2002). *Til dekket bord. Mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Holthe Torhild (2007) *Det går an! – Tilrettelegging av fysisk miljø på institusjon, dagsenter og hjemme*. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) (2007). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse. Kap.17

Hutchinson, Gunn Strand (red.) (2009). *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier. Utvalgte temaer*. Otta: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Otta: Universitetsforlaget.

Westerberg, Trude Helen (red.) (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørendeskoler. Kartlegging 2007*. Forlaget Aldring og helse.

Wogn-Henriksen, Kjersti (2007). ”Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!” Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger, Ragnhild M. Eidem (red.) (2007) *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse. Kap.2

Den heilslege arbeidsmodellen

