



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

"Hvem er jeg i møte med deg?"

-Om å bevare identitet hos mennesker med demens

"Who am I interacting with you?"

-Keeping identity in people with dementia

Nina Sandnes

VeM17

Totalt antall sider inkludert forside: 39

Molde, 03.06.2020



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Elisabeth Bergum

## 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

Dato: 03.06.2020

**Antall ord: 8550**

## Forord

Hva ser du søster?  
Hva ser du søster i din stue?  
En gammel, sur og besværlig frue,  
Usikker på hånden og fjern i blikket,  
litt griset og rotet hvor hun har ligget.  
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,  
hun sikler og hoster, har snue og hikke.  
Hun takker deg ikke for alt du gjør,  
men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?  
Lukk øynene opp og SE - det er mer!  
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,  
den gamle damen som ligger her.

Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem  
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!  
Jeg er ungmø på 16  
med hjerte som banker  
av håp og drøm og romantiske tanker.  
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,  
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.  
Jeg er mor med små barn,  
jeg bygger et hjem,  
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.  
Og barna vokser med gråt og latter.  
Så blir de store, og så er vi atter  
to voksne alene som nyter freden  
og trøster hverandre og deler gleden  
når vi blir femti og barnebarn kommer  
og bringer uro og latter hver sommer.  
Så dør min mann,  
jeg blir ensom med sorgen,  
og sitter alene fra kveld til morgen,  
for barna har egne barn og hjem,  
det er så mye som opptar dem.

Borte er alle de gode år,  
de trygge, glade og vante kår.  
Nå plukker alderen fjærene av meg.  
Min styrke, mitt mot blir snart

tatt fra meg.  
Ryggen blir bøyd og synet svikter -  
jeg har ikke krefter til dagens plikter.  
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.  
Med hørselen skranter det også smått.  
Men inne bak skrøpeligheten finnes  
det ennå så meget vakkert å minnes:  
barndom, ungdom, sorger og gleder,  
samliv, mennesker, tider og steder.  
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned  
så synger allikevel minnene med.

Men det som er aller mest tungt å bære  
er det at EVIG kan INGENTING være!

Hva ser du søster?  
- En tung og senil og trett gammel  
skrott?  
- Nei. Prøv en gang til!  
Se bedre etter - se om du kan finne:  
et barn, en brud, en mor, en kvinne!  
Se meg som sitter der innerst inne!  
Der er MEG du må prøve å se - og finne!

Ukjent forfatter

## **Sammendrag**

**Tema og bakgrunn** for oppgaven er hvordan vernepleieren i tilnærming av miljøbehandling kan bevare identitet hos personer med demens.

I Norge er det rundt 80.000 personer med diagnosen demens. Antall personer med demens øker i takt med økt levealder. Dette vil kreve mer kompetanse i tjenestene.

**Hensikten** med oppgaven er å belyse hvordan vernepleieren kan bidra til at personer med demens kan ivareta sin identitet. **Litteraturstudien viser** at ved å bruke reminisens og validering blir det lettere for vernepleieren å se hele mennesket og ikke bare sykdommen. Litteraturstudien peker også på at god relasjon og kommunikasjon med pasienten og pårørende blir det lettere for vernepleieren å finne pasientens tidligere interesser. Dette er viktig informasjon for å finne aktiviteter som pasienten vil gjenkjenne. På denne måten kan man ivareta personligheten og selvfølelsen til den enkelte. Vernepleierens rolle ved å tilrettelegge ved å bruk av miljøbehandling med fokus på å bygge gode relasjoner ved hjelp av støtte, tillit, trygghet, engasjement og kommunikasjon kan føre til at pasienten kan bevare sin identitet.

**Nøkkelord** i oppgaven er: Vernepleieren, demens, identitet og miljøbehandling.

## Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>2</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Litteratursøk .....	4
2.2 Validitet og relabilitet .....	5
<b>3.0 Teori og litteratur</b> .....	<b>6</b>
3.1 Demens .....	6
3.1.1 Ulike grader og diagnoser av demens .....	6
3.2 Identitet .....	8
3.3 Vernepleierens kompetanse .....	9
3.4 Miljøbehandling .....	10
3.5 Kommunikasjon .....	10
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>12</b>
4.1 Bekrefte identiteten .....	12
4.2 Miljøbehandling- å bygge bro for å bevare identiteten .....	16
4.3 En aktiv hverdag- Identitetsbevarende .....	23
<b>5.0 Avslutning</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0 Referanseliste</b> .....	<b>28</b>



## 1.0 Innledning

Demens er en utbredt folkesykdom. Det antas at det i dag finnes rundt 80 000 nordmenn som har en demensdiagnose. Trolig vil omkring 10 000 nye personer bli diagnostisert med demens hvert år. Ettersom flere lever lenger nå enn før, vil stadig flere utvikle sykdommen. I 2050 antas det at 160 000 nordmenn vil ha demens (Aldring og helse 2020). Det har skjedd store endringer i hvordan vi forstår personer som har fått en demensdiagnose. I kjølvannet av en holdningsendring om å se personen og ikke sykdommen har begrepsbruken endret seg. I dag er det riktig å si «personer med demens», mens det tidligere ble det sagt «demente» (Hammelvoll 2019). Tidligere trodde en at personer med demens ikke hadde noen form for selvinnsikt i sykdommen sin og at det ikke fantes noen form for hjelp. I dag vet vi at personer med en kognitiv svikt likevel har muligheten til å få god livskvalitet. Personer med demens kan bevare sin identitet, sine egenskaper, ha intakte funksjoner både på det følelsesmessige og psykososiale området (Smebye 2008).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom og at tjenestetilbudet skal ha god kvalitet. Den skal også sikre at den enkelte skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, samt å sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Demensplanen 2020 har som formål å tilrettelegge for et samfunn som best mulig ivaretar mennesker med demens sine behov og ønsker. Videre vektlegges det at personer med demens skal få hjelp til å ivareta sin identitet og gis opplevelse av å være verdige borgere i fellesskapet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Verdighetsgarantien som trådte i kraft i 2011, skal bidra til at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at alle eldre opplever å få en meningsfull alderdom med trygghet og verdighet. Tjenestetilbudet skal legge til rette for at den enkelte kan bevare eller øke sine muligheter til å fungere i hverdagen der omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering (Hese- og omsorgsdepartementet 2010). Dette skal danne grunnlaget for utforming av den enkeltes tjenestetilbud.

Økt forekomst av demens vil kreve flere ansatte med høy faglig kompetanse innenfor omsorgstjenesten. Da lidelsen er en progredierende sykdom hvor individet blir gradvis dårligere og til slutt helt hjelpetrengende. For å kunne tilrettelegge for en helhetlig tjeneste for personer med demens, er tverrfaglige samarbeid sentralt for å kunne planlegge og organisere individuelle tiltak på best mulig måte. Vernepleieren har gjennom utdanningen utviklet en kompetanse som skal ivareta helhetlig menneskesyn, som innebærer å vise respekt, sikre brukerens rettigheter og autonomi. Sentralt i rollen er miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvansker (Witsø og Teksum 2007).

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan vernepleieren kan bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet.

Problemstillingen er:

*Hvordan kan vernepleieren bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet?*

## 2.0 Metode

En metode kan fortelle oss hvordan vi kan fremskaffe og etterprøve kunnskap, og som skal være til hjelp for å finne relevant litteratur til oppgaven. Dalland (2012) viser til sosiologen Vilhelm Auberts definisjon:

En metode er en fremgangsmåte, et hjelpemiddel 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 2012:111).

Denne bachelor oppgaven er basert på en litteraturstudie, dette betyr at jeg søker og tolker litteratur som allerede eksisterer, sekundærdata. En kvalitativ metode som kjennetegnes ved at den tar utgangspunkt i å innhente mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Utfordringene med denne metoden er at forskerne kan ha ulike fremgangsmåte eller ikke ha ulike tolkninger. Kvalitativ litteraturstudie ligger i den hermeneutiske tradisjon, der fortolkning søker en dypere forståelse for å finne hva som kan være meningsbærende i teksten. Grunnen til at jeg har valgt litteraturstudie er at jeg ønsker å drøfte eksisterende faglitteratur og studier som har relevans for min problemstilling (Dalland 2012).

### 2.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur har jeg søkt i databasen ORIA. Der jeg brukte søkeordene demen\*, identit\*, miljø\*, demen+ident\* demen+ ident+miljø\*. For å få flest treff på søkeordene brukte jeg trunkering (\*). For å få flere alternativer som er knyttet til begrepet demens. For å systematisere mitt søk anvendte jeg et PICO-skjema. PICO står for Patient /Hvem-Intervention/Hva-Comparison/Når-Outcome/Resultat. Skjemaet var et godt hjelpemiddel for å systematisere søk for å finne aktuell litteratur på mitt tema.

I tillegg har jeg har også foretatt søk gjennom Brage og Google Scholar med søkeordene, demens og identitet, verdighet, demens og verdighet, miljøbehandling, demens og miljøbehandling. Dette har gitt meg tilgang til relevant litteratur og teori i ulike fagbøker. Jeg har i tillegg fått litteraturtips fra bekjente som jobber med personer med demens i kommunen.

## 2.2 Validitet og reliabilitet

Et krav i bacheloroppgaven er at metodene skal gi troverdig og pålitelig kunnskap. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet. Jeg har valgt velbrukte teoretiske perspektiver innenfor tematikken. Noe av litteraturen er av nyere dato, mens noen er eldre, likevel anser jeg de som aktuell fordi de kommer fra anerkjente forfattere og er fortsatt gyldig kunnskap. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer må angis. Jeg har utført min målinger via litteratursøk der jeg har brukt relevante søkeord som har gitt meg god litteratur. Samtidig har jeg hele tiden vært bevisst på at min forforståelse ikke skal legge føringer for valg av søkeord eller litteratur (Dalland 2012).

Jeg ser på litteraturstudie som den mest hensiktsmessige metoden for oppgaven. Dette med tanke på tiden, tematikken og ressursene jeg har til rådighet. For å svare på problemstillingen min har jeg innhentet litteratur som sier noe om demens og identitet, og hvordan vernepleieren kan bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet. Ut fra egne erfaringer har jeg opplevd at personer med demens ofte lever i en hendelsesløs hverdag der det legges vekt på medikamentell behandling. Mine erfaringer har også vist meg at personer med demens trenger tid til å bli sett og verdsatt som den personen de er. Dette gjorde at jeg ville undersøke nærmere hvordan man kan bevare personer med demens sin identitet ut fra et vernepleierfaglig perspektiv. Gjennom å lese litteratur og veiledning har jeg forsøkt å besvare oppgaven på best mulig måte.

## **3.0 Teori og litteratur**

I dette kapitlet belyses det ulike teori og litteratur som er relevant for oppgaven. Disse vil kunne gi et grunnlag for å gå videre å drøfte problemstillingen.

Jeg vil her presentere demens, identitet, vernepleierens kompetanse, miljøbehandling og kommunikasjon.

### **3.1 Demens**

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, som oftest oppstår hos eldre mennesker. Kjennetegnene til sykdommen er svekket mental kapasitet som medfører funksjonstap av hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Denne kognitive svikten fører etter hvert til svekket evne til å mestre dagliglivets gjøremål. Demens er en kronisk tilstand som ikke kan kureres, og den vil forverrer seg oftest over tid (Berentsen 2010).

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernes funksjoner hvor det skjer en rekke forandringer i selve hjernen og som gjør at de kognitive funksjonene blir svekket. Der forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt og hjernecellene ender opp med å dø (Snoek og Engedal 2017). Personer som er rammet av demenssykdom vil ofte endre personlighet og vil ha en nedsatt evne til å kunne utføre daglige aktiviteter og sosial adferd som er relatert til hukommelsen. Andre kjennetegn er svikt i orienteringsevnen, evnen til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, dømmekraft og emosjonell kontroll (Engedal og Haugen 2009).

#### **3.1.1 Ulike grader og diagnoser av demens**

Det finnes tre hovedgrupper demenssykdommer. Vi har primær degenerativ hjernesykdom som fører til forandringer i cellene og organene. Eksempler på degenerativ hjernesykdom er Alzheimers sykdom, Lewy Legeme demens og frontotemporal demens. Den andre er vaskulær demens som i hovedsak skyldes hjerneblødning eller hjerneslag der hjernen ikke får tilstrekkelig tilførsel av blod og oksygen. Mens diagnosen sekundær demenssykdom blir brukt når det er en annen sykdom som forårsaker demenssykdommen, som for eksempel hjernesvulst, alkoholbetenget demens og Creutzfeld-Jacobs sykdom (Berentsen 2010).

Demens deles inn i tre grader, mild, moderat og alvorlig grad. Det vil være individuelt hvordan sykdommen utvikler seg og hvordan personen mestrer sin demens. Samt at hvor skaden ligger i hjernen vil også påvirke symptomene og sykdomsbildet. Det kan være vanskelig å gi et tidspunkt for når sykdommen inntreffer da demens er en sykdom som utvikler seg gradvis over tid (Engedal og Haugen 2009).

Ved mild demens fungerer individet tilsynelatende som «normalt», men mange vil likevel oppleve utfordringer i hverdagslivet. Personer med mild demens kan oppleve hukommelsestap, bli mistenksom overfor andre mennesker i tillegg til å tape tidsperspektiv. Mange kan også fremstå som ubesluttosom, mangle initiativ og miste interessen for tidligere lystbetonte aktiviteter. Noen kan også bli deprimert og aggressiv da de ikke lenger mestrer det de tidligere har mestret (Bondevik og Nygaard 2012).

Ved moderat demens er symptomene mer fremtredende og personene vil få større utfordringer med å klare hverdagen sin alene uten hjelp og støtte fra andre. Dette er ofte en fase hvor helse- og omsorgstjenesten kommer inn. Personen kan oppleve å ha utfordringer med sine hverdagslige aktiviteter (ADL-ferdigheter), som om omhandler personlig hygiene og stell, måltider og husarbeid. Personen oppfattes ofte som glemsk i forhold til navn og nylige hendelser. Språket kan også være noe begrenset da mange kan ha vansker med å finne de riktige ordene. Mange vil i denne fasen være avhengig av hjelp fra andre. Personen kan oppleve vrangforestillinger, synshallusinasjoner, rastløshet, uro og sviktende adferd (Bondevik og Nygaard 2012).

Ved alvorlig grad av demens er hukommelsessvikten og de fysiske symptomene blitt tydeligere. De fleste blir inkontinent og vil ikke klare å ta vare på seg selv og må etter hvert flytte til institusjon der de får stell og hjelp. Personen kjenner ikke igjen nære familiemedlemmer/pårørende eller nære venner, samt at en ikke lengre er orientert om tid og sted. I mer enn halvparten av tilfellene med alvorlig grad av demens har Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen 2009).

## 3.2 Identitet

Å ha en identitet er å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Det betyr at man har en slags kontakt både med fortid og nåtid, og som gjør at man eier en fortelling eller en historie om hvem man er (Kitwood 2006).

Sosiolog Georg Herbert Mead (f. 1863-1931) som den antagelig første moderne teoretikeren viste han hvordan individet utvikler sin identitet gjennom kommunikasjon med andre. Han legger vekt på den sosiale delen av identitet, der den menneskelige adferden er reaksjoner på ulike situasjoner og erfaringene som mennesker tilegner seg gjennom oppveksten. Dermed vil mennesket overveie ulike situasjoner og tenker over ulike muligheter og konsekvenser. Meads teori om den generaliserte andre blir definert som samfunnets forventninger til selvet. Det han sier er at det er først når selvet ser seg selv fra den generaliserte andres perspektiv, tar inn i seg de forventningene samfunnet har til den enkelte, og inntar sin rolle, at tenkning finner sted og individualitet oppstår. Speilingsteorien tar utgangspunkt i hvordan selvet dannes gjennom relasjoner til menneskene rundt seg. Han viser til at sosialt samspill med andre mennesker er viktig for vår egen selvoppfatning. Med andre ord må subjektet se seg selv som objekt (Vaage 2001.) Mens sosiologen Anthony Giddens hevder at selvet eller selvidentiteten er et vedvarende prosjekt som personen selv er ansvarlig for. Denne selvidentiteten krever en fortelling eller en historie om seg selv. Vi er det vi skaper oss selv til, med det mener Giddens at selvet oppfattes som en livsbane, eller et livsløp fra fortiden og mot fremtiden. I denne banen tilegner man seg sin fortid ved å «skumme gjennom den» i lys av hva som forventes i fremtiden. Forløpet i selvet avledes av det som skjer i de forskjellige fasene i livsløpet. Å studere identitet betyr å studere de midlene personen bruker i presentasjonen av seg selv, som en unik person. Denne personlige individualiteten betyr å være lokalisert for tid og rom, det vil si å ha opplevelsen av å eksistere på et bestemt sted, på et tidspunkt innenfor en tid. Med det mener Giddens at realiseringen av selvet forutsetter at man har kontroll med tiden. Dette betyr at å etablere personlige tidssoner som bare har vag sammenheng med den ytre klokken (Hummelvoll 2019).

Nordberg (2016) definerer begrepene identitet og selvet slik;

*Selvet kan sees på som vår opplevelse av oss selv, mens begrepet identitet forstås som hvordan andre ser på oss. På denne måten kan man si at selvet og identitet hører sammen. Begge begrepene hører sammen fordi vårt syn på oss selv vil prege andres syn på hvordan de møter oss og omvendt. Dersom noen viser at de opplever meg negativt er det stor sannsynlighet for at jeg opplever meg selv negativt. Mens andres positive opplevelse av meg vil påvirke meg, og min positive opplevelse av meg selv vil påvirke andre.*

### **3.3 Vernepleierens kompetanse**

Vernepleierens kompetanse kan beskrives som tredelt, helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig (Owren og Linde 2011).

I rammeplanen for vernepleie utdanningen er det satt opp generelle mål for alle som jobber innenfor helse og sosialfagutdanningene, som sier at yrkesutøveren skal være reflektert og sette mennesket i sentrum. Yrkesutøveren skal kunne samarbeide tverrfaglig, samt planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukeren. Inneha et helhetlig menneskesyn ved å vise respekt, ivareta menneskets rettigheter og autonomi. Spesifikke mål for vernepleier utdanningen er at yrkesutøverne skal kunne utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvansker. Vernepleieren skal være brukerorientert og reflekterte (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

I forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning i § 2 blir det spesielt lagt vekt på at utdanningen skal gi vernepleiere kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. I tillegg skal utdanningen sikre kompetanse til å samarbeide med brukere, pårørende, andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet. Vernepleieres særegne kompetanse er dermed knyttet til kunnskaper om funksjonsnedsettelse og funksjonshemming i et livsløpsperspektiv samt ferdigheter i å redusere «gapet» mellom miljøet og individets forutsetninger (Kunnskapsdepartementet 2019).



### 3.4 Miljøbehandling

Miljøbehandling og miljøterapi brukes synonymt og er begrep som blir brukt i behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i. Dette er en aktivitetsrettet form for behandling som tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Dette innebærer tilrettelegging av det som er rundt pasienten og det som skjer i pasientens dagligliv. Dette kan for eksempel være rundt måltider, søvn, hvile, egenpleie, aktiviteter og stimuleringer (Rokstad 2014).

Miljøbehandlingen har mange forskjellige tiltak, noen mindre fysiske tiltak til større og mer krevende tiltak som omhandler hele miljøet rundt. Til sammen skal disse tiltakene forebygge negative følelser og heller fremme gode følelser som trivsel, der tiltakene kan iverksettes både på individ og gruppenivå. Denne behandlingsformen kan bidra til økt fysisk og psykisk velbefinnende, men på samme måte som medikamentell behandling kan ikke miljøbehandling kurere sykdomsutviklingen (Engedal og Haugen 2009).

### 3.5 Kommunikasjon

Heap (2012) definerer kommunikasjon slik;

*Med kommunikasjon kan man i all enkelhet si at vi mener å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art. Kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre (Heap 2012:46).*

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen eller ha en forbindelse med. Profesjonell kommunikasjon er ikke den samme kommunikasjonen som vi bruker i hverdagen. I arbeidslivet kommuniserer vi ikke bare som privatpersoner, men som helsepersonell. Ferdigheter i denne typen kommunikasjon inkluderer aktiv lytting og samtaleferdigheter. Profesjonell kommunikasjon skal være anerkjennende og skape trygghet og tillit (Eide og Eide 2017).

Kommunikasjonsmodellen til Schramm (1949), sender-budskap-mottaker viser hvordan kommunikasjonen utspiller seg i praksis. Dette er en enkel kommunikasjonsmodell som krever at det finnes en sender av informasjon og en mottaker. Som sender er man mer eller mindre bevisst på informasjonen som sendes og hvem den sendes til. Mens som mottaker er man ikke alltid bevisst på hva man mottar i tillegg til at man må foreta en avkoding eller fortolking av budskapet (Heyn 2018).

Validering er en metode som bygger på minner og opplevelser fra fortiden, altså at personens virkelighet ikke samsvarer med nåtiden. Validering handler ikke om hva som er reel og sann informasjon, eller å korrigere eller realitetsorientere vedkommende. Den handler heller om hva som er pasientens opplevelser og fokus der en bekrefter og anerkjenner det pasienten meddeler. Der det viktigste budskapet er å lytte til personens emosjonelle uttrykk, uten å fokusere på fakta. I mange situasjoner kan denne metoden åpne opp for forståelse og nærhet (Heap 2012). Reminisens handler om å arbeide med minner. Dette kan være å snakke om livshistorier, som tidligere aktiviteter, hendelser og erfaringer gjennom bruk av bilder, musikk eller kjente gjenstander (Eide og Eide 2017).

Kommunikasjon innebærer en relasjon (Garsjø 2013). Relasjonskompetanse vil si å være i stand til å samhandle med mennesker på en hensiktsmessig måte. Der det handler om å kjenne seg selv, samtidig som en forstår den andres opplevelser og det som skjer i samspillet. Det er fagpersonens ansvar å legge til rette for god kommunikasjon til det beste for brukeren (Røkenes og Hansen 2013).

I mellommenneskelige relasjoner signaliserer vi verbalt og nonverbalt (Garsjø 2013). Verbal kommunikasjon betyr at man kommuniserer ved hjelp av ord. Nonverbal innebærer at en kommuniserer ved hjelp av kroppsspråket, mimikk, tonefall og holdninger (Eide og Eide 2013).

## 4.0 Drøfting

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan vernepleieren kan bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet. I denne delen drøftes problemstillingen i lys av teoretiske perspektiv.

*Hvordan kan vernepleieren bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet?*

### 4.1 Bekrefte identiteten

Personer med demens vil gradvis miste sin identitet. Demens er en progredierende sykdom, som vil si at sykdommen utvikler seg slik at man i økende grad vil ha behov for hjelp og tilrettelegging i hverdagen. I startfasen kan det være vanskelig å oppdage sykdommen da den ofte utvikler seg langsomt, men for de fleste vil et av de første symptomene være redusert hukommelse (Berentsen 2010). Gradvis vil man miste sin kognitive kapasitet, orienteringsevne for sted og tid, sin livshistoriske hukommelse og den grunnleggende erindringen om hvem de har vært, og hvem de nå er. I startfasen vil mange ha selvinnsikt og oppleve hvordan orienteringsevnen og hukommelsen svikter. Der de vil ta innover seg hva fremtiden vil bringe (Fosslund og Thorsen 2010). De refererer til Wogn-Henriksen (1997) at mennesker med demens underveis i prosessen opplever å gradvis «miste seg selv». Rokstad (2014) skriver at denne prosessen vil for mange personer med demens oppleves vanskelig. Ikke alle ønsker å være åpen om sine opplevelser, eller som viser innsikt i egen situasjon. Ofte kan reaksjoner som bennektning og bagatellisering av svikt bli en nødvendig forsvarsmekanisme som hindrer uro og panikk. På denne måten vil pasienten fordøye informasjon og følelsesmessige reaksjoner. Derfor må vi som vernepleiere være forsiktig, men samtidig tilstrebe åpenhet og ærlighet overfor personer med demens og eller pårørende.

Tap av hukommelsen som omhandler fakta er en utfordring for opplevelsen av tid og rom. Denne svikten kan innebære at nåtiden forstås som et annet sted og i en annen tid. Dette fører til at tid og rom oppleves som flytende og utydelig. Dette betyr at en person med demens kan tolke hendelser som skjer nå, ut fra tidligere opplevelser som har skjedd mange år tilbake, men som oppleves som nåtid (Engedal og Haugen 2009). Videre skriver de at dette kan henge sammen med at demenssykdommen rammer evnen til å se sammenheng mellom hendelser og tidsperspektivet vedkommende befinner seg i.

Hummelvoll (2019) referere til Giddens teori om at realiseringen av selvet forutsetter at man har kontroll med tiden. Her kan vernepleieren legge til rette for remininsens (minneaktiviteter), som å se på bilder, gjør kjente aktiviteter eller snakke om livshistorien. Dette for å fremkalle kjente minner og erfaringer slik at minnene fra fortiden plasseres inn i en sammenheng med hvem vi er i dag (Rokstad 2014). Dette samsvarer med Giddens teori. Når personen ikke lenger kan fortelle sin historie kan vernepleieren bidra for at personen med demens kan huske sin livshistorie (Hammelvoll 2019).

Når personer med demens forteller sin livshistorie, er det med på å gi vedkommende identitet. Livshistorier bygger på erfaringer og gir oss et bilde av den andre personen. På denne måten kan vernepleieren ta del i hans eller hennes følelser og opplevelser. Denne erfaringen kan hjelpe vernepleieren til å finne ut hvilke behov eller utfordringer vedkommende har. Her handler det ikke bare om å komme med uttalelser, det handler like mye om min grunnholdning som vernepleier fordi holdningen preger samhandlingen på en slik måte at en kjenner at personen opplever å bli tatt på alvor. Å vise denne respekten og interessen gir tillit og trygghet (Garsjø 2013).

Thorsen (2004) sier at en ikke vil kunne forstå personen hvis en ikke forstår hva han eller hun har vært før. Med det mener hun at utviklingen av identitet må ses i sammenheng med det som har vært meningsfullt for den enkelte tidligere i livet, og som omfatter både indre og ytre forhold. De ytre identifiserer og karakteriserer hvem personen er, mens de indre har med verdier å gjøre, hvor man er i livet, hva man står for og hva som er viktig for oss (Erikson og Erikson 1997). Kroger peker på at identiteten er fleksibel, at personen beholder evnen til omdannelse gjennom forskjellige livserfaringer. Der personens identitet i alderdommen formes av overganger og hendelser i livet (Kroger 2007). Det å få en demens er en omfattende forandring som utfordrer personens opplevelse av identitet. I følge Brask m.fl (2016) kan vernepleieren bruke sin partnerkompetanse som betyr å legges til rette for at vedkommende skal fremstå med sin kompetanse. Her kan vernepleieren «spille den andre god» gjennom å anerkjenne og sette seg inn i den andres situasjon eller livshistorie. Der en understøtter personens historie og identitet.

Identitet er det som gjør oss til den vi er. Den gjør oss unik og skiller oss fra andre mennesker. Livserfaringen vi tilegner oss gjennom livet er med på å bestemme hvordan vi utvikler oss og hvordan vi lever livet. Personligheten forsvinner ikke ved en demenssykdom, men identitet og selvbylde ligger i bunn gjennom hele demensforløpet. Dette preger den enkeltes adferd og måte å takle sykdommen og live på. Etter hvert kan en ved alvorlige og visse typer demens som ved frontallapp demens se at personlighetstrekkene forandres. Personer som tidligere har vært rolig og avbalansert kan endre personlighet å bli hissig og amper (Solheim 2015).

Alle har sin identitet knyttet til en posisjon, både gjennom privatliv og arbeidslivet. Der en blir regnet med, tar beslutninger og innehar stor grad av autonomi i livet. Derfor vil det å bli rammet av demens og bli avhengig av hjelp fra andre, oppleves uforståelig og utfordrende for mange. Det å bli tilbydd hjelp i form av for eksempel påkledning kan for noen oppleves krenkende og kan gi reaksjoner som kan føre til konflikter med omgivelsene. Denne adferd er et forsvar for å bevare sin personlige integritet, identitet og selvstendighet, slik at vedkommende oppleves truende og aggressiv for omgivelsene (Solheim 2015).

Her kan man trekke paralleller til partnerrollen. I partnerrollen ser man den den samhandlende vernepleieren på individnivå, der brukeren står i sentrum der kommunikasjon og relasjon ligger til grunn for samhandlingen (Brask, Østby og Ødegård 2016). For å lykkes i kommunikasjon med personer med demens er det viktig at vernepleieren er åpen og ærlig men samtidig sensitiv overfor pasientens reaksjoner. Det er også viktig å bruke enkle ord og korte setninger som er lett å forstå (Rokstad 2014).

Å kjenne til pasientens livshistorie og bakgrunn er avgjørende for å kunne bekrefte identitet. Etter hvert i sykdomsutviklingen vil behovet for hjelp fra andre øke. Dette vil for noen være vanskelig. For eksempel kan en tidligere bedriftsleder som har vært opptatt av å komme seg på jobb i viktige møter, bli provosert om personalet forteller han at han har blitt glemsk og ikke jobber lengre. Men om personalet forstår at jobben har vært en stor del av hans identitet og bekrefter hans rolle som tidligere bedriftsleder vil personalet hjelpe til å opprettholde forbindelsen til egen fortid. Dette illustrerer at fornemmelsen av kontinuitet med fortiden vil være med å skape sammenheng og gi trygghet (Rokstad 2014). Dette henger sammen med Giddens teori om å ha kjennskap til personens historie (Hammervoll 2019).

Det kan være mye som tyder på at evnen til å holde fast på identiteten er avhengig av hvordan omgivelsen er med på å legge til rette for det. Den måten vi oppfatter oss selv på, har sammenheng med hvordan andre reagerer på oss. Ifølge Hammervoll (2019) samsvarer dette med Mead sin speilingsteori om at vi ser oss selv gjennom andre. Engedal og Haugen (2009) skriver at ved å kjenne personens personlige trekk kan man bekrefte personens positive selvfølelse og hindre følelse av fortvilelse og skam. Som Kitwood (2006) mener så har personer med demens de samme psykologiske behovene som de fleste mennesker har, men behovene ofte er mer synlige fordi personer med demens ofte er mer sårbare. Hukommelsesproblemene gjør det vanskelig og kanskje helt umulig for personer med demens å oppdatere sin livshistorie underveis. Dette fører til at identiteten stivner, fordi hukommelsen først og fremst bygger på hukommelsen fra tidligere hendelser (Kitwood 2006).

Vernepleieren kan bekrefte positiv selvfølelse gjennom samvær og gode relasjoner til personen med demens. Som speilingsteorien tar utgangspunkt dannes selvet gjennom relasjoner til menneskene rundt seg. Mead viser til at det sosiale samspillet med andre mennesker er vesentlig for vår egen selvoppfatning. Vernepleieren kan i sin relasjon til personer med demens være speilet, som bekrefter og anerkjenner slik at vedkommende føler seg trygg (Hammelvoll 2014). Som Garsjø (2013) skriver vil det være viktig med kommunikasjon som skaper kontakt mellom vernepleieren og personen med demens.

Der gode samtaleferdigheter er et middel for å forstå den andre og som vil bidra til trygghet både for vernepleieren og personen med demens. Ifølge Rokstad vil i denne tilnærmingen være viktig. Heyn (2018) sier at vernepleieren som sender et budskap må være oppmerksomme på at personer med demens som mottaker kan ha vanskeligheter med å fortolke budskapet. Her er både verbal og nonverbal kommunikasjon viktig. Gjennom å snakke med enkle ord og korte setninger og vennlig kroppsholdning og mimikk. Når relasjonen er god og hjelperen har tid og ro vil brukeren oppleve trygghet, respekt tillit og tilknytning, dette kalles en bærende relasjon. Opplevelse av trygghet eller god kontakt kan ofte være viktigere enn det som blir sagt og gjort rundt pasienten (Røkenes og Hansen 2012).

## **4.2 Miljøbehandling- å bygge bro for å bevare identiteten**

Personer med demens har i større eller mindre grad kognitiv svikt, som innebærer svikt i oppmerksomhet, forståelse, hukommelse og evnen til verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2017). Det vil derfor være viktig at vernepleieren kjenner personen med demens, slik at man kan tone seg inn der personen er her og nå og bekrefte det som blir sagt. Her bruker vernepleieren sin relasjonskompetanse (Brask mfl. 2016). Mead sier at selvet dannes gjennom relasjoner til mennesker rundt seg og at det sosiale samspillet med andre mennesker er viktig for hvordan vi oppfatter oss selv. På den måten kan vernepleieren være speilet for personer med demens (Hammelvoll 2019). Her kan vernepleieren som brobygger være sentral. Dette gjennom kroppsspråk, aktiv lytting, formidle ro og validering.

Rokstad (2014) skriver at dette krever at personalet behersker alle sidene ved å tilrettelegge og gjennomføre miljøtiltak. Å tilpasse tiltak og metode til den enkelte pasient innebærer også at handlingene bygger på grunnleggende verdier og holdninger hos vernepleieren, og innenfor de rammene som er gitt. Når tiltak er basert på et teoretisk grunnlag og brukes systematisk kalles dette miljøbehandlingsmetoder. For å innhente og systematisere miljøbehandling til personer med demens er det hensiktsmessig med helhetlig tenkning.

God tilrettelegging er viktig for at miljøbehandlingen skal bli så bra som mulig. Ifølge Berntsen (2010) kan det være nyttig å kartlegge og tilrettelegge for aktiviteter som bygger på personens tidligere interesser og erfaringer. Rokstad (2014) skriver at slike miljøterapeutiske tiltak kan for eksempel omhandle kognitive aktiviteter, dette kan være å kle på seg, lese kjente og kjære dikt, høre på musikk, sansestimulering som aromaterapi eller tilrettelagte muligheter for aktiviteter som trim eller gåturer. Å finne riktige aktiviteter er identitetsbevarende fordi personen med demens kan kjenne igjen historien. Dette samsvarer med Giddens teori om at identitet bevares gjennom historier (Hummelvoll 2019).

Ifølge Eide og Eide (2017) kan det lett oppstå at pasienten ikke oppfatter eller forstår det som blir sagt fordi personalet snakker for fort eller utydelig slik at budskapet ikke kommer frem. For å kunne tilrettelegge på en best mulig måte for den enkelte er det viktig å ha god relasjon til pasienten. Da demens er en progredierende sykdom innebærer det at kartleggingen bare vil være midlertidig. Derfor vil kontinuerlig kartlegging være viktig i tilretteleggingen av miljøbehandling (Berntsen 2010). Men å skape god relasjon gjennom å vise trygghet, tillit, støtte og engasjement vil også være viktig for at pasienten skal oppleve glede, trivsel, selvstendighet og bedre livskvalitet (Rokstad 2012).

Personer med demens og deres pårørende opplever at hverdagen har blitt annerledes etter å ha fått en demensdiagnose. Mange opplever at det er en utfordring å fortsette med aktiviteter som tidligere har betydd mye i livet deres (Nasjonalforeningen for folkehelse 2016). Ifølge Berntsen (2010) kan noen personer med demens ha glemt sine tidligere ferdigheter og kan ha behov for at noen ser dem og hjelper dem. Tretteteig (2016) sier at her kan vernepleieren bidra ved å gi støtte og motivasjon til at personen kan delta mer aktivt i hverdagen.



Som Brask mfl. (2016) sier kan vernepleieren i sin tilnærming legge vekt på samarbeid og likeverdig dialog gjennom aktiv lytting og ressursorientering. Dette innebære at vernepleieren både leder og følger på en balansert måte. Der man støtter opp for mestring, er åpne, lyttende, spørrende og engasjerte i mennesket. Nordberg (2016) skriver noe om at om noen opplever deg positivt, vil det igjen påvirkes positivt for selvet eller identiteten. Hammelvoll (2019) sier at vi former oss som mennesker gjennom dialog med andre mennesker. Dette samsvarer med det Mead sin teori om at vi speiler oss i samspillet med andre.

Selv om mennesker reagerer ulikt på å få en demensdiagnose vil hverdagen likevel bli annerledes (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2016). Motivasjon og drivkraft til å opprettholde sine aktiviteter vil også endre seg. En av de hyppigste atferdsendringene ved demens er passivitet, noe som kan gi utslag i depresjon eller det kan være et uttrykk på at de mangler interesse for det som skjer rundt dem. Uro og rastløshet kan også være en atferdsendring. Dette kan gi utslag i vandring og uro, noe som kan være forårsaket av at vedkommende for eksempel savner aktiviteter som tidligere har vært viktig (Engedal og Haugen 2009).

Ved gradvis forverring av demenslidelsen, vil mange ha økende behov for hjelp i dagliglivet. Personer med demens har ofte mange forskjellige følelser som er forbundet med sykdommen, mange føler seg mislykket og verdiløs (Engedal og Haugen 2009). Det er her viktig å trekke frem at demenssykdommen ikke er ensbetydende med total svikt i evnen til å lære. Som Engedal og Haugen (2018) skriver så kan personer med demens som bor på sykehjem gjenkjenne personalet som de møter daglig, eller selv finne veien til rommet sitt fra stuen. Dette fordi dette ikke har noe tidsaksept, men fordi det hele tiden repeteres.

Miljøbehandling skal forbedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter slik at pasienten vil få bedre selvfølelse og opplevelse av mestring (Rokstad 2012). Men tiltakene i miljøbehandlingen kan også virke motsatt. På den ene siden kan man se at måltid som miljøtiltak stimulerer til opplevelse av mestring gjennom gode tilrettelegging. Dette gjennom at vernepleieren ser den enkeltes behov og gir tilpasset hjelp, slik at pasienten enten spiser selv eller er så delaktig som mulig. Men på den andre siden kan det oppleves som et nederlag å måtte ha hjelp til å spise (Rokstad 2014).

Målet med miljøbehandling er først og fremst å få personen til å bruke egne ressurser for i størst mulig grad oppnå selvstendighet, andre viktige mål er også å skape trivsel og glede. Tilværelsen for personer med demens både som bor hjemme eller i institusjon, vil ofte være dominert av passivitet og hendelsesløshet. Derfor vil stimulering og aktivitet være en forutsetning for at mennesker kan fungere normalt både mentalt og fysisk. Det er ikke nok å gi mulighet til aktivitet, eller vente på at personen med demens selv skal ta initiativet, derfor er det helt avgjørende at andre tar ansvar for at personen skal komme i gang (Engedal og Haugen 2009).

Miljøbehandling kan være med på å bremse utviklingen av sykdommen og samtidig bidra til økt fysisk og psykisk velbefinnende. Men den kan på samme måte som medikamentell behandling ikke kurere sykdomsutviklingen (Engedal og Haugen 2009). Det oppstår ofte et gap, eller et mislighetsforhold mellom krav og forventninger til personer med demens. Slik at personen føler at en ikke strekker til. På den ene siden er det viktig å opprettholde personens kompetanse i hverdagen, mens det på den andre siden er viktig å vektlegge og tilrettelegge miljøet som personen lever i. I dette arbeidet vil det være viktig å finne en balanse mellom omsorg og selvstendighet (Witsø og Teksum, 2007).

For å kunne samhandle med pasienten er det helt essensielt med kommunikasjon. Heap (2012) refererer til Schramms kommunikasjonsmodell sender, budskap og mottaker som illustrerer at det lett kan oppstå språklige misforståelser mellom partene. Der mottaker ikke bare oppfatter ordene, men også nonverbale ordvalg som senderen kanskje ikke er bevisst på. Disse nonverbale signalene viser relasjonen mellom partene og har stor betydning for samspillet. Som Garsjø (2013) skriver er god kommunikasjon med på å skape kontakt mellom personen med demens og vernepleier. Der gode samtaleferdigheter er et middel for å forstå den andre og samtidig bidrar det til trygghet både for den som mottar hjelp og den som gir hjelp. Vernepleieren må være bevisst både sin nonverbale og verbale kommunikasjon. Kommunikasjonen vil virke inn på alle tiltak av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Derfor vil en bred tilnærming til kommunikasjon med personer med demens kreve evnen til å bevissthet og fleksibilitet (Witsø og Teksum, 2007). Som Eide og Eide (2017) skriver har evnen til å forstå og bli forstått være vesentlig for følelsen av tilhørighet og å være en del av fellesskapet.

Etter hvert som demenssykdommen utvikles, vil det bli vanskeligere og vanskeligere for personene å opprettholde samspill med andre mennesker. Slik at budskap og adferd kan være vanskelig å forstå. Ved demens blir både mottaker- og sender- funksjoner ved kommunikasjonen påvirket da demens rammer evnen til å forstå og til å gjøre seg (Eide og Eide 2017). I all kommunikasjon med personer med demens må man ha som utgangspunkt at det vil være individuelle forskjeller ut fra hvor personen er i sykdomsforløpet, dagsform og situasjon. Ved moderat til alvorlig grad av demens bør kommunikasjonen være forklarende, støttende og trøstende. Ofte vil personer med demens oppleve følelser og stemninger veldig nært og sterkt, mens realiteter får mindre betydning (Hummelvoll 2019).

For at man skal klare å se den andres personlighet og identitet, er fokuset på reminisens viktig. Denne metoden hjelper med å se personen og ikke sykdommen. Et eksempel på dette er om den demente og vernepleieren sammen ser på bilder fra personens liv, og gjennom dette kan personen med demens fortelle om personene på bildet, og hendelsene det gjelder. Dette vil få frem følelser, av både sorg og glede, og vernepleieren fanger opp viktig informasjon om personens liv og erfaringer, på denne måten kan man si at reminisens opprettholde identiteten (Heap 2012). Denne kommunikasjonsmetoden betinger at man kjenner til personens tidligere liv (Hummelvoll 2012).

Gjennom reminisens kan vernepleieren hjelpe den demente til å styrke sin følelse av identitet, holde fast på egne følelser av verdi og verdighet. Selv om den kognitive svikten medfører svikt i hukommelsen og personen med demens ikke vet hvor han eller hun er, hvilket årstall eller hvilken ukedag det er, så vil reminisens hjelpe personen til å huske sin identitet (Heap 2012). Som Eide og Eide (2017) skriver vil dette i praksis si at vernepleieren anerkjenner og bekrefter personens minner der personen er, dette er identitets styrkende tilbakemeldinger. Dette viser vernepleieren gjennom å vise tålmodighet, bekræftende blick, nikke og bruke vennlig stemme. Som Hammelvoll (2019) skriver kan personen speile sine følelser gjennom vernepleieren. Eide og Eide (2017) skriver at når man bruker reminisens som metode, er det også viktig å bruke en annen kommunikasjonsmetode i tillegg, validering.

Validering er en annen tilnærming i kommunikasjon som innebærer å respektere og akseptere personen sin virkelighetsoppfattelse og følelser uten å bekrefte eller avkrefte. Det er viktig at personalet forsøker å forstå pasienten ut fra pasientens perspektiv og prøver å finne mening bak de tilsynelatende uforståelige utsagnene, fordi det ikke er hensiktsmessig å bringe personen tilbake til virkeligheten. Det er en forutsetning at vernepleieren kjenner personen med demens for å bruke denne metoden. Dette krever innlevelse og gjennom aktiv lytting anerkjenner personens følelser. Validering bygger på prinsipper om respekt, ærlighet og relasjon mellom personalet og personen med demens og er helt avgjørende for god kommunikasjon. Dette vil si at denne kommunikasjonsformen styrker individualiteten og identiteten hos den enkelte (Eide og Eide 2017).

Minnearbeid kan gjennomføres på mange forskjellige måter. Fotoalbum er en måte som ofte blir brukt. Noen bruker private album for å gjenkalle minner fra eget liv og nære relasjoner (Rokstad 2008). Dette kan være med på å skape trygghet og gode relasjoner hvor personen med demens vil føle tillit til den som hjelper gjennom at en blir godt kjent med hverandre. Slik at en kan være med den andre der den andre er (Eide og Eide 2017). Personer med demens kan oppleve at identitet, selvstyring og egenverd faller bort på grunn av den kognitive svikten. Dette viser hvor viktig det er å ta «minnene» på alvor (Witsø og Teksum 2007). Vernepleieren kan gjennom minnearbeid her bidra til at personen med demens få identitetsstøtte. Når livshistorien gradvis forsvinner trengs det virkemidler som kan ivareta og støtte pasientens selvbylde (Fosslund og Thorsen 2010). Dette samsvarer med Giddens teori om at selvidentiteten krever en fortelling eller en historie om seg selv for å ivareta identiteten (Hammelvoll 2019).

Det anses som veldig viktig og helt nødvendig å bearbeide opplevelser og hendelser i livet. En slik bearbeidelse krever kognitive evner som hos aldersdemente i større eller mindre grad er redusert. Derfor gjelder det å finne gjenværende ressurser hos personen, gjennom for eksempel å bruke bilder, musikk eller aktiviteter som tidligere har betydd mye. Det er viktig å ikke bare forholde seg til korttidshukommelsen, men langtidshukommelsen er også viktig for reminisens (Witsø og Teksum 2007).

Langtidshukommelsen varer relativt lenge hos aldersdemente selv om korttidshukommelsen reduseres ganske tidlig i sykdomsforløpet. Derfor kan kontakt med andre, både på det indre og ytre plan være avgjørende for å kunne bevare eller bekrefte selvbilde og opplevelsen av å være «seg selv». Når tilgangen til andre mennesker reduseres, er evnen til å hente bekreftelse på seg selv gjennom minner være betydningsfullt for selvbildet (Witsø og Teksum 2007).

Hovedoppgaven i demensomsorgen er å kunne opprettholde den personlige identiteten på tross av demensen. Det er mye som kan gjøres for å opprettholde identiteten når en står overfor kognitiv svekkelse. Kitwood (2006) mener dette kan dette gjøres på to måter. Den første er å ha detaljert kjennskap til den enkeltes livshistorie. Selv om personen på grunn av hukommelsessvikt ikke selv kan holde fast på sin identitet, kan den opprettholdes av andre. Den andre måten er empati, der en ser på den andres eksistens som enestående. (Kitwood 2006).

Målene i helse- og omsorgstjenestene er å kunne opprettholde eller bedre funksjonsnivået og livskvaliteten til den enkelte. Det vesentlige for helse og trivsel er opplevelsen av å kunne håndtere og mestre sitt dagligliv. Opplevelsen av å ikke strekke til i kravene som blir stilt vil utløse uheldig stress med negative psykologiske, fysiologiske og adferdsmessige konsekvenser (Helsedirektoratet 2013). Rokstad (2014) refererer til Helsedirektoratet sitt rundskriv knyttet til lov om pasientrettigheter der det fremmes behov for helhetlig tenking og tillitsskapende tiltak for å kunne gjennomføre pleie og omsorg. Her understrekes det behov for helhetlig tenking, kjennskap til pasienten, kartlegging av årsaker, bruk av tid kommunikasjon, informasjon og samarbeid med pårørende og tilvenning til å motta helsehjelp. Som forebyggende og rehabiliterende tiltak skal det legges til rette for mestring ut fra den enkeltes forutsetninger, ønsker og mål.

### 4.3 En aktiv hverdag- Identitetsbevarende

Personer med demens har stort utbytte av å delta i aktiviteter som trim, håndarbeid, musikk, rytme og dans. En gjennomgående erfaring fra slike tiltak har vist en bedring i forhold til sosial fungering, uro og trivsel generelt (Engedal og Haugen 2009). Som Tretteteig (2016) er inne på vil mestringfølelse og evnen til selv å gjøre ting holde hjernen aktiv og dermed hindre progresjon av demensen. Her kan vernepleieren bruke sin relasjonelle kompetanse til å skaffe seg viktig informasjon gjennom å spørre personen selv, pårørende eller nettverket rundt om personens tidligere interesser og vaner slik at man kan finne aktiviteter som personen kan kjenne igjen (Tretteteig 2016). Relasjonelt arbeid er å ha kjennskapen til den det gjelder, pårørende, familie og det sosiale nettverket til personen. Men også evnen til å «tune seg inn på den andre», som betyr å være der den andre er i øyeblikket slik at personen opplever å bli sett og anerkjent (Hummelvoll 2019).

Identitet og aktivitet henger sammen. Personens identitet henger sammen med hvilke aktiviteter som engasjerer, hvem man er sammen med og hva en gjør. Å få delta i aktiviteter som engasjerer kan oppleves som meningsfullt og gir selvtillit. Dette vil også bidra til at personer med demens får en opplevelse av å være verdifulle og kompetente sammen med andre. På denne måten kan man si at tidligere erfaringer er med på å forme hvem man er og vil påvirke identiteten og selvoppfatningen en har om seg selv. Til sammen kan man si at dette har en avgjørende betydning for hva som oppleves som meningsfull aktivitet for den enkelte (Hammell 2004).

Aktivitet kan på mange måter skape mening. Gjennom det vi gjør skapes vår identitet, drømmer og tilhørighet. Det å delta i aktiviteter og være engasjert i hverdagen gir følelse av at livet er meningsfullt, noe som kan være med på å fremme både bedre helse og økt livskvalitet. Hverdagen består ofte av mange forskjellige aktiviteter, store, små, bevisste eller ubevisste. Gjennom aktivitet får hverdagen form og innhold, som gir livet mening og sammenheng (Hammell 2004). Som Giddens teori sier formes vår identitet gjennom vår livslange historie (Hummelvoll 2019).

Vi er alle sammen skapt for å være i aktivitet og alle har mer eller mindre behov for det. Selv om demenssykdommen gir hukommelsessvikt så vil den prosedurale hukommelsen, som vil si vaner og ferdigheter, være intakt langt ut i sykdomsforløpet og være viktig i den kroppslige hukommelsen den enkelte bærer med seg. Å huske ferdigheter viser seg å være mye lenger enn faktakunnskap, noe som gjør at personer med demens kan gå på ski eller sykle, men ikke huske navn på personer rundt seg (Hummelvoll 2019). Hverdagsaktiviteter er en viktig del av miljøbehandlingen og er innøvde ferdigheter som personen fortsatt kan mestre. Hensikten er å gjøre oppgaver som har en naturlig sammenheng med dagliglivet eller som har vært naturlig å gjøre tidligere i livet. Dette kan for eksempel være å brette klær, sette poteter, plukke bær eller lage vafler. Slike aktiviteter kan gjøres ut fra den enkeltes interesser, dagsform eller ut fra hvor pasienten er i sykdomsforløpet (Rokstad 2014). Meads speilingsteori kan ivareta identiteten til personer med demens med aktiviteter vedkommende kan (Hummelvoll 2019).

Fysisk aktivitet kan være med å fremme opplevelsen av mestring i hverdagen (Holthe 2009). Dette bidrar til glede og positive opplevelser for pasienten. Fysisk aktivitet vil også bidra til at vedkommende får brukt sine egne ressurser samtidig som man får vedlikeholdt ferdigheter som allerede er intakt. Dette bidrar også til at sansene blir stimulert, som syn, hørsel, lukt, smak og bidra til å stimulere muskler og ledd. Å bruke kroppen og musklene vil bidra til å opprettholde kroppens funksjoner. Mange opplever smerter og sorg på grunn av sykdommen og symptomene det fører med seg, men fysisk aktivitet kan være med på å avlede dette. Det er viktig at vernepleieren legger til rette for at miljøet rundt er riktig tilpasset uten forstyrrende element eller lyder som kan distrahere (Rokstad 2014).

Mange personer med demens kan føle på begrensinger i forhold til hva og hvor mye de kan klare av fysisk aktivitet (Rokstad 2014). Her er det viktig at vernepleieren kjenner pasienten slik at man kan legge til rette for aktivitet som pasienten klarer, her kommer vernepleierens relasjonskompetanse inn. Samtidig er det viktig at vernepleieren er motivert og ser pasientens ressurser. Om personalet er umotivert vil dette smitte over til pasienten slik at de blir umotivert og dermed ikke fullfører. Som i andre miljøtiltak er det viktig at det ikke er forstyrrende lyder under aktivitetene, da dette fører til uro. Det er også viktig å passe på at pasienten ikke blir overstimulert av for mange inntrykk og hendelser (Rokstad 2014).

Frykten for å miste kontakten med egen identitet er stor for personer med demenssykdommer. Vi vet lite om hvordan bevisstheten rundt egen identitet bevares hos personer med alvorlig demens, men evnen til tenkning og hukommelse er grunnleggende sider ved en persons identitet. Når personer opplever svekket evne til å gjøre aktiviteter i hverdagen som tidligere har vært viktig, vil personen oppleve å miste noe av hvordan man opplever seg selv og sin egen identitet (Fossland og Thorsen 2010).

Gjennom miljøbehandling vil vernepleieren kunne oppleve å være i partnerperspektiver, der man vektlegger pasientens ressurser. Dette gjennom å tiltak som skal bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Dette innebærer for eksempel tilrettelegging av det som er rundt pasienten og det som skjer i pasientens dagligliv som måltider, søvn, hvile, egenpleie, aktiviteter og stimuleringer. Slike aktiviteter er gjenkjennelig, skaper minner og gir bekreftelse på identitet og opplevelse av tilhørighet (Rokstad 2014).

Forskrift om verdig eldreomsorg (Verdighetsforskriften) som er nevnt tidligere ble satt i kraft 1. januar 2011. Den skal sikre god eldreomsorg der alle eldre skal få en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Og ytes i medhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og anvendes uavhengig av hvor tjenesten utføres. Den skal klargjøre hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud. Tjenestens innhold skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. Tjenestetilbudet skal legge til rette for et mest mulig normalt liv samt å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Forutsetningen for integritet er opplevelsen av verd og verdighet. Der det er størst mulig selvstyring, rett og evne til å føle det en faktisk føler, sammen med opplevelsen av kontinuitet og sammenheng i livet en har levd. Dette både gode og mindre gode minner fra fortiden. Det er dette som til sammen preger og utformer den enkeltes identitet. «Vi er vår fortid» (Heap 2012). Giddens teori hevder at selvet er vedvarende, og vi er det vi skaper oss til selv. Og at identiteten derfor bevares gjennom vår historie (Hammelvoll 2019).



Alle faser av demensforløpet krever etisk bevissthet og refleksjon hos den som skal hjelpe. Kunnskap om brukerens tidligere verdier og normer er til stor hjelp når en skal ta avgjørelser på vedkommende vegne. Det overordnede målet med demensomsorgen er god livskvalitet og et godt liv for brukeren. For de fleste innebærer det en opplevelse av velvære, mulighet til å bevare sin identitet og ha betydning. Hvis det er vanskelig å finne ut viktige element som har betydning for det gode liv fore den enkelte bruker må man innhente informasjon fra andre som står brukeren nær (Mork, Rokstad og Smebye, 2008). Som Rokstad (2014) skriver er det viktig at vernepleieren snakker åpent om demenssykdommen. Fordi mangel på åpenhet fra helsepersonell vil gjøre det vanskelig for familie og pårørende da de ikke vil tilstrekkelig informasjon om hjelpetiltak og fremtidsutsikter. Som Brask mfl. (2016) vil pårørende være viktige støttespillere. Her vil vernepleieren være i brobyggerrollen. Denne rollen innebærer at man som hjelper vektlegger å skape forbindelse og bidra til nærhet mellom ulike parter. Disse partene kan for eksempel være pårørende eller andre nære relasjoner som venner eller kollega.

## 5.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å ha fokus på hvordan vernepleieren i sitt arbeid innenfor konteksten miljøbehandling, kan bidra til at personer med demens kan bevare sin identitet.

Gjennom denne litteraturstudien har jeg funnet ut at vernepleieren er en viktig bidragsyter for at personer med demens kan bevare sin identitet gjennom sin kunnskap om kommunikasjon, miljøarbeid og demens. Vernepleieren ser hele mennesket og fokuserer på enkeltindividets egne ressurser og interesser gjennom å etablere god kommunikasjon og relasjon. Dette kan sammenlignes med Mead sin speilingsteori om at vi ser oss selv gjennom det sosiale samspillet med andre og at dette er viktig for selvoppfattelsen. Vernepleieren kan iverksette miljøbehandling der personer med demens kan ta del i aktiviteter som tidligere har hatt betydning og som er gjenkjennbart. Dette gjennom metoder som reminisens og validering. Der vernepleieren er med den andre der den andre er og gjennom minnearbeid, der en kan bruke bilder og snakker om livshistorien. Dette kan være identitetsbevarende da aspektet tid og rom gradvis forsvinner i sykdomsutviklingen. Dette samsvarer med Giddens teori om at identiteten bevares gjennom historier.

En stor samfunnsmessig utfordring som vi i dag står overfor som følge av økt levealder, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil øke kraftig i årene fremover. Dette vil kreve bedre tilrettelegging av gode helsetjenester for å imøtekomme mennesker med demens sine individuelle behov. Dette også i forhold til demensplanen 2020 som ønsker å skape et mer demensvennlig samfunn gjennom at det skal legges til rette for aktivitet og inkludering for å bevare identiteten til den enkelte. Samt at det skal satset på forskning, kunnskap og kompetanse.

## 6.0 Referanseliste

Aldring og helse. 2020. *Fakta om demens*.

<https://staging.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>

Berntsen, Vigdis Drivdal. 2010. *Kognitiv svikt og demens*. I: Brodtkorb, K, Kirkevold, M & Ranhoff, A.H (Red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bondevik, Margareth og Harald A. Nygaard (red.). 2012. *Tverrfaglig Geriatri. En innføring*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide Hilde & Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2009. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. 5. utg. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Erikson E.H og J.M Erikson. 1997. *The life Cycle Completed. Eztened Version whit New Chapters on the ninth stage of Develompent* by Joan M. Erikson. New York/London: W.W. Norton & Company.

Fossland, Trine og Kirsten Thorsen. 2010. *Livshistorier i teori og praksis*. Universitetsforlaget: Oslo.

Garsjø, Olav. 2018. *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.

Hammell, Karen Whalley. 2004. *Dimensions of meaning in the occupations of daily life*. Canadian Journal of Occupational Therapy 71(5), 296-305.

Heap, Kent. 2012. *Samtalen i eldreomsorgen- kommunikasjon- minner- kriser- sorg*. (4 utg.) Oslo: Kommuneforlaget AS.

Heyn, Lena Gunteberg. 2018. *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Folkehelsemeldingen- God helse – felles ansvar*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Demensplan 2020*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Forskrift om verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien*.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Holthe, Torhild. 2009. *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Aktiviteter. Perm 2*.  
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Hummelvoll, Adelheid Hillestad. 2019. *Menneskelige(re) møter: Om samhandling, fellesskap og empati mellom beboere i en skjermet avdeling på sykehjem*. Oslo: UiO Universitetet i Oslo. Det teologiske fakultet.

Kitwood, Tom. 2006. *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munkgaard.

Kroger, J .2007. *Identity development. Adolescence Through Adulthood*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.

Kunnskapsdepartementet. 2019. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. 2016.

[https://nasjonalforeningen.no/contentassets/242333313c764972a1bda721c0cfad5c/ekstern\\_arsmelding\\_2016\\_web.pdf](https://nasjonalforeningen.no/contentassets/242333313c764972a1bda721c0cfad5c/ekstern_arsmelding_2016_web.pdf)

Nasjonalforeningen for folkehelse. 2017. Nasjonalforeningen.no. *Hva er demens?*

<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Nordberg, Astrid. 2016. I: Aldring og helse. *Identitetsverdighet hos personer med demens*.

<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/identitetsverdighet-hos-personer-med-demens/>

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2013. *Vernepleiefaglig teori og praksis. Sosialfaglige perspektiver*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.) *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akribe a.s

Rokstad, Anne Marie Mork. 2012. *Bedre hverdag for personer med demens*. Oslo: Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hansen. 2012. *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Smebye, Kari Låsterud. 2008. *Å møte personer med demens*. I: Rokstad Anne Marie Mork & Kari Låsterud Smebye (Red.), *Personer med demens*. Oslo: Akribe AS.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Solheim Kirsti V. 2015. *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, Kirsten. 2004. *Nye tider, nye livsløp, nye eldre? Utfordringer ved aldring i en ny tid*. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning.

Tretteteig, Signe (Red.). (2016). *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Oslo: Aldring og Helse.

Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanning*.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

Vaage, Sveinung. 1998. *Grunnlag for sosialisering og identitet: George Herbert Mead i utvalg*, red Sveinung Vaage, Oslo.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Berit Teksum. 2007. *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Oslo: Tano Aschehoug.

