



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**Livskvalitet for demenspasienter - Muligheter for å oppleve god livskvalitet på sykehjem**

**Quality of life for dementia patients - Opportunities to experience good quality of life in nursing homes**

**Høyem, Vetle Krogstad**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 41**

**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: Gunn-Elin Sundberg

## 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.

Opgaver 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: 9710**

## 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.

-Ukjent forfatter

## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven tar for seg hvordan vernepleieren kan være en ressurs i arbeidet med å øke livskvaliteten til demenspasienter. Problemstillingen for oppgaven lyder slik:

*«Hvordan kan **vernepleieren** bidra til økt **livskvalitet** for mennesker med **demens** som bor på sykehjem?».*

Livskvalitetsbegrepet er subjektivt, og vanskelig å måle. Jeg har derfor valgt å gå inn på noen faktorer som kan være med på å påvirke livskvaliteten hos demenspasienter som bor på sykehjem. Jeg har plukket ut kommunikasjon og fysisk aktivitet som faktorer, men også sett på hvordan vernepleieren kan være en ressurs. Det vil derfor bli presentert en modell som kan være aktuell i arbeidet for vernepleieren og også hvordan vernepleieren kan tilnærme seg demenspasienter med de faktorene som blir fremhevet i oppgaven.

## **Summary**

This bachelor thesis addresses how social educator can be a resource in the work to improve the quality of life for dementia patients. The research question for the assignment is therefore as following: *“How can the **social educator** contribute to improved **quality of life** for people with **dementia** living in nursing homes?”.*

The concept of quality of life is subjective and difficult to measure. I have therefore chosen to consider some factors that may influence the quality of life of dementia patients living in nursing homes. I have selected communication and physical activity as factors, but also looked at how the social educator can be a resource. Therefore, a model will be presented that may be relevant in the work and also how the social educator can approach dementia patients with some of the factors who has been highlighted in the assignment.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn.....	2
1.2	Avgrensning og presisering av oppgaven.....	2
1.3	Begrepsforklaring.....	3
1.4	Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1	Litteratursøk.....	5
2.2	Kildekritikk.....	7
<b>3.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>9</b>
3.1	Demens.....	9
3.2	Livskvalitet.....	10
3.3	Miljøarbeid og modell.....	12
3.4	Kommunikasjon.....	14
3.5	Fysisk aktivitet.....	16
<b>4.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>17</b>
4.1	Vernepleierens kompetanse i demensomsorg.....	17
4.1.1	Kommunikasjonens betydning for demenspasienter.....	21
4.2	Bidrar fysisk aktivitet til bedre livskvalitet?.....	23
4.2.1	Utfordringer med fysisk aktivitet.....	24
4.3	Avslutning drøfting.....	25
<b>5.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>26</b>
5.1	Oppsummering.....	26
5.2	Konklusjon.....	26
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>28</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>33</b>
	Vedlegg 1.....	33



## 1.0 Innledning

Gjennom ulike studier har forskere kommet frem til at den gjennomsnittlige levealderen for både menn og kvinner var 46,5 i år 1830 (SSB 2005). Nå i dag er forventet levealder for menn og kvinner i Norge, henholdsvis 81,2 og 84,7 år (SSB 2020). Kort forklart lever altså mennesker lengre i dag enn de gjorde før, i Norge og det finnes gode grunner til dette. SSB (2005) opplyser at økningen av mennesker sin levealder skyldes de medisinske, økonomiske og sosiale fremskrittene som har blitt gjort de siste årene. Før i tiden fantes det flere sykdommer som helsetjenesten ikke hadde nok kunnskap om og de hadde heller ikke utstyr til å behandle de som ble rammet. Den økonomiske og sosiale utviklingen har også bidratt til at de offentlige ernærings- og boforholdene har blitt bedre. Denne bedringen har vært en bidragsyter til at levekårene har blitt bedre, vi blir mindre syke enn før og vi lever lengre (SSB 2005).

I lys av at mennesker lever lengre enn før, øker også sannsynligheten for at et større antall mennesker blir berørt av den nye folkesykdommen, demens. Ifølge WHO (2019) lever rundt 50 millioner mennesker i verden med en form for demens, som betyr at en stor del av verdens befolkning lever med sykdommen. Videre opplyser WHO (2012) at innen 2030 vil antall mennesker med demens ha doblet seg, noe som kan kobles sammen med at det blir flere mennesker på jorden. SSB (2020) styrker denne påstanden om at det må forventes økning av gjennomsnittlig levealder og WHO (2020) opplyser også at det oppstår rundt ti millioner nye tilfeller hvert år av mennesker som blir rammet av sykdommen. FHI (2019) opplyser at det i Norge finnes omtrent 100 000 mennesker som lever med demens. Den mest vanlige formen for demens, aldersdemens, rammer stor sett personer over 65 år (Jakobsen 2007). Rundt 80 % av de som bor på sykehjem i Norge, har en form for demenssykdom (FHI 2019). Ved at flere mennesker blir rammet av demens, kan det bli økt trykk på helse- og omsorgstjenestene. God kompetanse og faglig tilnærming om hvordan en skal bidra til økt trivsel ovenfor demenspasienter kan bli særdeles viktig. Denne oppgaven tar for seg hvordan vernepleieren sin kompetanse kan bidra til nettopp dette med økt trivsel og økt livskvalitet for mennesker med demens.

## 1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for valg av tema kommer av at mennesker blir eldre enn før (SSB 2020) og at det er en økning av mennesker som blir rammet av demens hvert år (WHO 2019). Det er også en økning av etterspørsel etter vernepleiere de siste 40 årene, på grunn av deres grunnkompetanse. Mye tyder på at den kompetansen en vernepleier besitter kan bli viktig i fremtiden, også i arbeidet med demenspasienter (Horndalen og Torp 2006). Vernepleieren innehar en grunnkompetanse som består av en helsefaglig, en pedagogisk og en sosialfaglig kompetanse. Dette er kompetanser, som historisk sett har vært blitt brukt i arbeid med mennesker med utviklingshemming, men arenaene hvor en vernepleier kan arbeide har blitt større (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Gjennom den brede kompetansen til vernepleieren, kan en vernepleier arbeide på flere fagfelt som for eksempel et sykehjem med mennesker som har demens. I lys av tema, etterspørselen etter vernepleiere og en økning av demenspasienter har problemstillingen blitt formulert slik: «*Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens som bor på sykehjem?*»

## 1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

Oppgaven har blitt avgrenset til demenspasienter som bor på sykehjem. Dette er fordi store deler av menneskene som bor på sykehjem, har en form for demens. Videre i oppgaven har det blitt avgrenset til demenspasienter over 65 år, som kommer i kategorien aldersdemens. Det finnes flere ulike former for demens, men oppgaven har derfor presentere tre demenstyper som regnes i kategorien aldersdemens. Dette er for å avgrense at oppgaven ikke blir for omfattende. Problemstillingen tar for seg økt livskvalitet, og jeg har i dette tilfellet valgt å fokusere på kommunikasjon og fysisk aktivitet som faktorer til mulig økt livskvalitet. Grunnen til dette er fordi livskvalitet er et stort og subjektivt tema, at det virket fornuftig å vinkle det inn på noen faktorer. En annen grunn til valget var fordi det finnes mye litteratur og forskning om dette temaet.

I arbeidet med mennesker er det ulike begrepsdefinisjoner som blir benyttet. I vernepleiefaglig arbeid blir *beboer* eller *bruker* mest brukt i arbeid med for eksempel mennesker med utviklingshemming. Disse menneskene bor ofte i egne leiligheter og lever sannsynligvis et mer selvstendig liv enn demenspasienter som bor på sykehjem. Beboer

var ønskelig å bruke da det er sykehjemmet som er deres hjem, men de har et større omsorgsbehov enn andre som ikke har den samme sykdommen. Derfor ble det naturlig å lande på begrepet *pasient* når oppgaven omtaler mennesker med demens. Jeg har derfor valgt å bruke begrepene demenspasienter eller pasienter når jeg omtaler mennesker med demens.

Jeg har også evaluert hvilket ord som skal brukes for «hjemmet» til pasientene som ikke bor i sine private hjem. I prosessen har begrepene *omsorgssenter*, *eldrehjem*, *aldershjem* og *sykehjem* blitt vurdert som videre avgrensning i oppgaven. Det mest moderne og kanskje mest riktige er *omsorgssenter*, men for at alle skal forstå begrepet falt valget på sykehjem.

### **1.3 Begrepsforklaring**

Sentrale begrep som brukes i oppgaven er demens, livskvalitet, miljøarbeid, kommunikasjon og fysisk aktivitet. Dette er begrep som brukes ulikt i ulike sammenhenger, og derfor ønsker jeg tidlig å presisere de definisjonene som jeg har benyttet for å skrive denne oppgaven. Disse begrepene utdypes ytterligere i teorikapittelet.

#### **Demens**

WHO definerer demens slik:

Dementia is a syndrome – usually of a chronic or progressive nature – in which there is deterioration in cognitive function beyond what might be expected from normal ageing (WHO 2019).

Oversatt betyr definisjonen at demens er et syndrom som enten er kronisk eller progressiv, som vil si at det er forverring i den kognitive funksjonen ut fra hva som en kan forvente av normal aldring (WHO 2019).

#### **Livskvalitet**

Livskvalitet omfatter den subjektive opplevelsen av livet til en person. Livskvalitet kan oppleves både som positivt og som negativt. Selv om en lever med en sykdom eller andre helseplager kan en oppleve god livskvalitet. Høy livskvalitet har en sammenheng med god fysisk helse og færre psykiske plager (FHI 2019).

## **Kommunikasjon**

Eide og Eide (2014) definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kan regnes som alt fra personlige samtaler med en eller flere, over internett eller nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2014).

## **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet blir definert som all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulaturen og som øker energiforbruket til et menneske. En kan dele den fysiske aktiviteten inn i lett, moderat og hard fysisk aktivitet (FHI 2017). Fysisk aktivitet kan være alt fra gangtrening, øvelser, dans eller ulike former for fysioterapi (Dahm et al. 2014), og dette kan tenkes å være aktuell aktivitet for demenspasienter.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er videre disponert i fire kapitler: metode, teori, drøfting og avslutning. Metodekapittelet beskriver hvordan jeg har tilegnet meg kunnskapen som ligger til grunn for drøftingen, hvordan jeg har funnet aktuell litteratur gjennom søk i databaser, bruken av søkeord og hvorfor litteraturen har blitt søkt etter. Videre i dette kapittelet vil det komme frem kildekritikk til litteratursøkene, der det vil bli sett på litteraturen som er benyttet i oppgaven. Teorikapittelet referer til litteratur om gjennomførte undersøkelser og forskning. Teorikapittelet består av teori om demens, livskvalitet, miljøarbeid og modell, kommunikasjon og fysisk aktivitet.

I drøftingskapittelet vil teorien bli drøftet opp mot problemstillingen sin relevans. Det blir presentert to hovedkapitler i drøftingsdelen som også består av en liten innledning og avslutning. Til slutt vil oppgaven ta for seg et avslutningskapittel. Avslutningskapittelet består av en oppsummering av oppgaven og en konklusjon der problemstillingen vil bli besvart.

## **2.0 Metode**

Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. Begrunnelsen for dette valget av metode er todelt; for det første finnes det mye relevant forskning på feltet aldersdemens og livskvalitet, og for det andre har vi studenter blitt frarådet å gjøre intervju med pasienter da det kan være utfordrende for pasienten og kan bli vanskelig å etterprøve. Dalland (2012) definerer metode som et redskap, og redskapet skal bli brukt til å undersøke kunnskap som allerede er forsket frem. Det vil si at all teori som kommer frem i oppgaven er allerede undersøkt og forsket på.

Først vil jeg presisere at jeg har vært bevisst på at min praktiske erfaring med behandling av aldersdemente pasienter kan prege søkeprosessen til oppgave, da min forforståelse kan føre til en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan oppgaven skal løses (Aadland 2011). Gjennom flere års yrkeserfaring og i studietidens praksisperiode har jeg jobbet med mange forskjellige pasienter på sykehjem, som blant annet har hatt en demensdiagnose. Denne erfaringen har bidratt til jeg har sett ulike perspektiver om viktigheten av å ha ansatte med god og riktig kompetanse for å bidra til økt livskvalitet for demenspasienter. En vernepleier skal, som nevnt tidligere, ha god kompetanse på det helsefaglige, pedagogiske og sosialfaglige, og kan være en viktig ressurs i dette arbeidet. Jeg har selv erfaring som ufaglært og som student, og sett to perspektiver på hvordan en jobber med demenspasienter på sykehjem. Selv om en ufaglært kan være vel så flink i arbeidet med demenspasienter som faglærte, er det viktig med god opplæring og hvordan en blir kjent med personen som lever med demens. Problemstillingen oppgaven tar for seg kommer av min egen forforståelse av tema og erfaringer rundt dette. Forforståelsen min har muligens preget den utvalgte litteraturen som har blitt brukt i oppgaven.

### **2.1 Litteratursøk**

I dette avsnittet vil jeg utdype hvordan jeg har funnet frem dataene som legges til grunn i oppgaven og vise hvordan jeg har jobbet meg frem til litteraturen som har blitt brukt. Det vil presenteres noen eksempler om hvordan jeg har tilnærmet meg ulike litteraturer.

For å innhente og undersøke litteratur til oppgaven har ulike pensumbøker og relevant faglitteratur blitt benyttet. I innledningen har statistikk blitt hentet inn for å gi et bilde av

økningen av antall mennesker i Norge, som kan gi leseren et blikk på hvordan Norge vil endre seg i løpet av årene som kommer. For å bli kjent med hvordan vi skulle bruke søkemotorer, har vi på skolen hatt ferdighetstrening om hvordan vi kan bruke dette verktøyet til å finne relevant litteratur til oppgaven. Jeg har benyttet meg av søkemotorer som Oria og Google Scholar. Disse har blitt brukt til å finne relevant teori. På grunn av manglende tilgang på bibliotek, har Nasjonalbiblioteket blitt brukt som en erstatter for det fysiske biblioteket.

For å finne relevant teori har jeg laget en liste om hvilket søkeord som var aktuelle til problemstillingen, og søkeordene er; demens, livskvalitet, verneple\*, miljøarbeid, vernepleierens arbeidsmodell, kommunikasjon\*, målrettet miljøarbeid, Alzhei\*, aktivitet, fysisk aktivitet og sykehjem. Det er ikke alle søkeordene som har blitt benyttet i prosessen. Videre i oppgaven vil det bli presentert eksempler på hvordan jeg har brukt søkemotorer og søkeord for å finne relevant litteratur.

Den første søkemotoren som ble brukt var Oria. Oria er en søkemotor som lot meg søke i biblioteket til Høgskolen i Molde sine samlede ressurser som bøker, artikler, tidsskrifter og elektroniske ressurser. I denne prosessen gikk jeg inn på avansert søk der det ble brukt nøkkelord som demens\*, livskvalitet\* og verneple\*. Disse søkeordene ga syv treff, blant annet en bok som heter *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente* skrevet av Aud Elisabeth Witsø (1998). Dette var en kilde som kunne vært relevant, men etter råd fra veileder og en gjennomgang av årstallet, ble det besluttet at denne litteraturen ble for gammel. Etter å ha brukt søkemotoren Google til å søke etter relevante forfattere, kom jeg over Knut Engedal. Dette er en forfatter som har gitt ut mye litteratur om demens. Videre ble søkeordene Engedal og demens på Oria. I dette søket ble det funnet 194 treff, men en bok fra Engedal og Haugen (2009) som heter *Demens: fakta og utfordringer* fanget oppmerksomheten min tidlig. Gjennom Google Scholar ble det bare brukt søkeordet demens\* og det ble gjort 43 600 funn, men øverst i søket ble det funnet en artikkel fra aldring og helse skrevet av Anne Brækhus, Tor Erling Dahl, Knut Engedal og Knut Laake (2013) med tittelen *hva er demens?*

Gjennom litteratur som jeg hadde til rådighet fant jeg en god del aktuell litteratur om livskvalitet. Ved å lete gjennom stikkordsregisteret i bøkene ble flere bøker aktuelle til å ta i bruk til avsnittet om livskvalitet. Etter å ha sett gjennom bøkene som var til rådighet, fant

jeg de aktuelle sidene i bøkene og markerte disse med lapper. Gjennom Owren og Linde (2011) og Helgesen (2011) fant jeg en del teori om livskvalitet. Da jeg søkte gjennom Nasjonalbiblioteket for mer teori, skrev jeg inn søkeordet livskvalitet\*, satte datoen fra år 2005 til 2019 og søkte på faglitteratur. Gjennom dette søket kom det frem 59 treff, og en bok fra Myskja (2013) fanget min interesse og var ønskelig å ta i bruk.

Da jeg søkte på livskvalitet dukket det stadig opp flere artikler som omhandlet fysisk aktivitet og kommunikasjon. Da jeg ble oppmerksom på dette tema søkte jeg på Google Scholar med søkeordene demens og fysisk aktivitet. Da fant jeg flere interessante forskningsrapporter som *Fysisk aktivitet og trening på sykehjem* av Elisabeth Telenius og *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* av Lexell, Frändin og Helbostad. For å finne relevant teori til kommunikasjonsdelen søkte jeg i Oria og brukte demens og kommunikasjon som søkeord. Da kom det frem en bok som heter *Personer med demens – møte og samhandling* av Rokstad og Smebye som har blitt benyttet i oppgaven.

## 2.2 Kildekritikk

I oppgaven stilles det krav til hvordan en søker etter, vurderer, gjør rede for og bruker litteratur til oppgaven. Det er nettopp her kildekritikken kommer inn som en metode i søkeprosessen. Metoden blir benyttet for å fastslå om en kilde er sann eller ikke (Dalland 2012). Etter søk i ulike databaser har jeg ønsket å sette egne krav til hvor gamle tekstene som har blitt brukt er. Det å se etter litteraturen gyldighet og brukbarhet, og om litteraturen er relevant til problemstillingen er viktig (Dalland 2012). Derfor har jeg valgt å fokusere på å se etter litteratur som ikke er eldre enn fra år 2000. Grunnen til at det ikke har vært ønskelig å bruke eldre tekster, kommer av at tekstens pålitelighet skal styrkes og at det kommer forskning som muligens er bedre og nyere. På grunn av at jeg har måtte ta i bruk Nasjonalbiblioteket har ikke alltid den nyeste litteraturen vært aktuell.

Opgaven har også tatt for seg kjente forfattere og pensumlitteratur som gjør at oppgaven kan bli mer troverdig for leseren. Oppgaven tar også for seg ulike nettsider som blir ansett som toverdige og pålitelige, da nettsidene er FHI, Helsedirektoratet og SSB. Det har også blitt brukt engelske artikler fra WHO. Enkelte av de engelske ordene har vært krevende å oversette. Ved at oversettelsen har vært krevende, kan noe av tekstens innhold blitt

feiltolket og kanskje formidlet feil. Etter mange søk med ulike søkemotorer har jeg funnet ut at dette området jeg ønsket å undersøke har blitt forsket mye på og skrevet mye om. Ved at jeg har snevret søkene inn på et spesielt tema som fysisk aktivitet og kommunikasjon kan ha bidratt til at jeg ikke fått med meg alt av hva livskvalitet innebærer og kan derfor ha mistet viktig informasjon.



## 3.0 Teori

I dette kapitlet blir oppgaven forankret i teori. Dalland (2012) skriver at teori er de «brillene» du skal se materialet ditt med. Teorikapitlet vil ta for seg ulike elementer som kan bidra til at demenspasienter opplever økt livskvalitet. Det vil også bli presentert en modell som kan være aktuelle for vernepleieren i arbeid med demenspasienter.

### 3.1 Demens

Eldreomsorgen i Norge skal tilrettelegges på en måte som bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften § 1, 2010). Dette gjelder også mennesker med demens. Ordet demens kommer fra det latinske ordet dementia og oversettes til «å være fra forstanden» (Jakobsen 2007). Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe sykdommer som skader hjernen hos mennesker i høy alder (Brækhus et al 2013). Demens er en progredierende sykdom, som kan forklares med at sykdommen vil utvikle seg i negativ retning. Symptomene til demens varierer fra person til person, da sykdommen blir påvirket av personen sin personlighet og hvordan livet til person tidligere har vært (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2016).

Symptomene på demens kan deles i tre grupper som rammer de kognitive, følelses- og atferdsmessige og det motoriske (Myskja 2013). Eksempler på symptomene kan være svekket oppmerksomhet, hukommelsessvikt (kognitive), vrangforestillinger, depresjon (følelsesmessige og atferdsmessige), dårlige gange eller apraksi (motorisk) (Engedal og Haugen 2009). Hvor raskt sykdommen forverrer seg eller hvor raskt en person med demens blir avhengig av hjelp fra andre, er avhengig av hvor raskt sykdomsbilde utvikler seg hos personen (Brækhus et al. 2013). Videre opplyser Myskja (2013) at sykdomsforløpet til demens deles inn i mild, moderat og langtkommen demens. Den første fasen gir personen utfordringer ved at en glemmer beskjeder som har blitt gitt i nyere tid, og navn til personer kan også bli utfordrende å huske (Myskja 2013).

Det er når sykdommen utvikler seg fra det tidlige stadiet til mellomstadiet, den moderate demensen, at personen kan ha behov for mer bistand i hverdagen. Utfordringene personen med demens kan få er å holde rede på tid og sted, finne riktige ord i kommunikasjon, hvordan en kjøre bil eller ha innsikt i sitt eget sykdomsbilde. Når sykdommen har kommet

til dette stadiet, er ikke personen i stand til å ta vare på seg selv og kan derfor ha behov for et større omsorgstilbud, som for eksempel hjemmehjelp eller får tilbudt plass på sykehjem. Det siste stadiet er langtkommen demens, og når sykdommen har progrediert til dette stadiet må de fleste personer få langtidsplass på sykehjem, hvis de ikke allerede har fått plass (Myskja 2013). Myskja (2013) opplyser at overgangen til å bli en pasient og flytte inn på sykehjem kan være krevende for både pasienten og pårørende.

Den vanligste formen for demens i dag er Alzheimer sykdom (Dietrichs 2017). Det regnes med at ca. 60 % av pasientene med demens har Alzheimer og denne sykdommen utvikles sakte over mange år (Brækhus et al. 2014). Sykdommen rammer nerveforbindelsene i storehjernen og de første symptomene på Alzheimer er normalt at personen får hukommelsessvikt og vanskelig for å finne ord i samtaler (Myskja 2013).

Den nest vanligste formen for demens som er registrert er vaskulær demens, som finnes hos 15-20 % av pasientene. Sykdommen forekommer hos eldre pasienter, spesielt etter fylte 65 år. Denne type sykdom kommer av at pasienten har en svikt i blodtilførselen til hjernen, og dette kan skyldes hjerneslag eller sykdommer i hjernens blodårer (Brækhus et al. 2013). Får personer som har vaskulær demens hjerneslag kan tilstanden til sykdommen forverre seg raskt og brått (Myskja 2013).

Demens med Lewy-legeme kan ha mange like trekk som Alzheimer sykdom og Parkinsons sykdom, men det blir likevel regnet som en egen sykdom. Det regnes med at 10-15 % av de som har demens, har demens med Lewy-legeme. Denne typen demens kan påvirke motorikken til personen som har sykdommen (Myskja 2013).

## **3.2 Livskvalitet**

Livskvalitet er et begrep som kan defineres som enkeltindividers subjektive opplevelse av det å ha det godt eller dårlig (Espnes og Smedslund 2012). Begrepet omhandler menneskets fysiske og psykologiske helse, grad av selvstendighet, sosiale relasjoner og muligheten til å innvirke sine omgivelser (Innstrand 2009). Hvordan et menneske opplever følelsene i livet, har stor innvirkning på helsen og livskvaliteten (Helgesen 2011). Den gode livskvaliteten henger videre sammen med mestring og utfoldelse, med å ha mål og mening i livet (Owren 2011). Innstrand (2009) opplyser at god helse og liten grad av

sykdom hos mennesker har blitt sett på som sentrale faktorer for opplevelse av god livskvalitet. Videre peker Innstrand (2009) på at god forståelse om egen helsetilstand kan være en faktor som kan øke muligheten til at en mestrer helseplagene som kan oppstå.

I en studie gjort av Mjørud et al. (2011) har det blitt sett på noen av faktorene som kan påvirke livskvaliteten til demenspasienter, og sikter til måten demenspasienter kan ha problemer med å uttrykke sine egne tanker og følelser, samtidig som hukommelsen har blitt svekket (Mjørud et al. 2011). Det er også vist i en studie gjort av Telenius et al. (2017) der det har blitt sett på sammenhengen mellom livskvalitet og fysisk funksjon. Studien tyder på at sykehjemspasienter synes selv det er viktig å opprettholde den fysiske funksjonen, da de føler seg friere og mer selvstendig (Telenius et al. 2017).

I Drageset, Normann og Elstad (2013) sin forskningsrapport ser de på viktigheten av å vektlegge kontinuiteten i livsløpet til demenspasienten, til tross for at en lever med demens. De sikter mot at demenspasienter opplevde økt livskvalitet gjennom støtte og følelsen av omsorg fra andre mennesker. Studiet viser videre til at pasientene vektla betydningen av å ha kontakt med familie, rom for tradisjoner og oppleve kontinuitet etter at de flyttet til et sykehjem. Pasientene som var med på studiet ønsket å fortsette med å være den de er, selv med sykdommen og overgangen fra å bo hjemme til sykehjem. I demensomsorgen skal hjelperen verdsette menneske og ivareta rettighetene og behovene som personen har (Drageset Normann og Elstad 2013).

I forskriften om nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen står det skrevet at det skal bli lagt vekt på at utdanningen skal gi vernepleiere kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering. I tillegg til dette viser forskriften at utdanningen skal sikre kompetanse til å samarbeide med pasienter, pårørende, andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse, deltakelse, mestring, helse og livskvalitet (Forskrift om nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanningen 2019, § 2). En tilnærming vernepleieren kan ha i sitt arbeid er en helsefremmende tilnærming, som handler om å bidra til god helse ved å gi en forståelse av at helse er mer enn fravær av sykdom. Den helsefremmende tilnærmingen kan gå hånd i hånd med begrepet livskvalitet (Owren og Linde 2011).

### 3.3 Miljøarbeid og modell

Miljøarbeid er en sentral brikke i vernepleierens arbeidsdag og en underbyggende kompetanse som skal bidra til godt arbeid rettet mot pasientene en møter. Begrepet miljøarbeid kan variere i definisjon, men dreier som om en faglig tilnærming for å påvirke både rammefaktorer og individuelle forutsetninger av økt livskvalitet rettet mot pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). Videre definerer FO (2008) målrettet miljøarbeid som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå en bedre livskvalitet hos den enkelte pasient. Det vil si at en vernepleier skal tilrettelegge og systematisere ulike faktorer i miljøet rundt den enkelte pasient, slik at pasienten føler trygghet og variasjon. En av arbeidsoppgavene en vernepleier kan ha er det å tilpasse miljøet etter pasienten sitt behov både fysisk og psykisk. Dette kan for eksempel være å tilrettelegge slik at pasienten får rullator ved forflytning. Dette er et fysisk hjelpemiddel for pasienten (FO 2008). Videre har det blitt presentert en modell som kan være aktuell for vernepleiere i arbeid med demenspasienter.

Et viktig hjelpemiddel for å sikre godt miljøarbeid kan være vernepleierens arbeidsmodell eller problemløsningsmodellen (vedlegg 1). Arbeidsmodellen er en systematisk kartleggingsmodell der vernepleieren må ha kompetanse i å observere, registrere og arbeide i nært samarbeid med pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). Brask, Østby og Ødegård (2016) opplyser om at hvis en skal lykkes med denne typen modell, må vernepleieren ha god kommunikasjonskompetanse, som innebærer å tilrettelegge kommunikasjonen for mennesker med dårlig eller ingen språk. Arbeidsmodellen inneholder fire ulike fokus gjennom prosessen. Dette er kartlegging, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering. Modellen kan brukes ved tilrettelegging av livsmiljø, opplæring, opptrening og behandling. Alle valg som blir tatt skal begrunnes ut i fra pasientens livssituasjon og skal ha forankring i fagkunnskap. Alt som blir foretatt seg av arbeid skal skrives ned. Gjennom dokumentert arbeid vil vernepleiere sikre kvalitet i sin tjenesteyting (FO 2008).

Kartlegging handler om at en skal finne problemområder eller utviklingsområder som er til fordel for pasienten. For at vernepleieren skal kunne kartlegge, må en ha kunnskap om fysisk, psykisk og sosial utvikling hos pasientene. Kartleggingsdelen skal foregå i tett samarbeid med pasient, pårørende og andre faggrupper (FO 2008). For å lykkes med dette er det viktig at vernepleieren har en spesiell kommunikasjonskompetanse. Skal en

kartlegge en pasient med lite verbalt språk er god kommunikasjonsevne viktig (Brask, Østby og Ødegård 2016). For å kartlegge kan vernepleieren ta i bruk ulike metoder som kan være intervju, observasjoner eller kartlegging av rammefaktorer. Videre skal dataene som har blitt hentet inn, analyseres gjennom teori (FO 2008).

Ut i fra pasienten sine ønsker og et resultat av analysen skal det formuleres mål. Målvalgene baserer seg på enten trivselsmål eller læringsmål, der det alltid er et mål å oppnå god livskvalitet. Hvis pasienten ikke klarer å kommunisere eller uttrykke sine ønsker i målvalget, må dette gjøres i samarbeid med pårørende eller verge (FO 2008).

For å nå målvalgene til pasienten kan det hende at den nåværende situasjonen til pasienten må endres. Det kan forklares med at endringene bør rettes mot rammebetingelsene til pasienten, og dette kan være det fysiske miljøet. Dette er en fase i arbeidsmodellen der det er viktig å vurdere og begrunne hvilken framgangsmåte som er mest hensiktsmessig. Tiltak kan bygge på ulike metoder som kan være omsorg og pleie eller kommunikasjon og veiledning (FO 2008).

Videre i tiltaksarbeidet skal det planlegges tiltak. Når en skal lage tiltak er det viktig å ta hensyn til rammebetingelsene en jobber under. Viktige faktorer som en skal ta hensyn til er tilgjengelig kompetanse, personalressurser, fysiske betingelser og tilgjengelige hjelpemidler. Det skal fremstilles en skriftlig del av det arbeidet som skal bli gjort, hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvordan det skal evalueres (FO 2008).

Når en gjennomfører tiltaket er det viktig å legge vekt på at pasienten trives med dette. Hvis pasienten ikke får noe glede eller det er for belastende, må vernepleieren ta stilling til om tiltaket må endres eller avbrytes. For å kunne ta en slik vurdering må en kartlegge tiltaket underveis og ha en dialog med pasienten. Her igjen er det viktig med god kommunikasjonsevne (FO 2008).

Før tiltaket blir gjennomført skal en utarbeide rutiner og metoder for evaluering. Evalueringen er en helhetlig vurdering av mange faktorer som utspiller seg i tiltaksarbeidet. Det er viktig i denne delen at man har et øye for hele prosessen man har vært gjennom. Evaluering er en viktig del av vernepleierens målrettede virksomhet og en viktig forutsetning for å videreutvikle kunnskap (FO 2008).

### 3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon blir av mange sett på som menneskets drivkraft og et av grunnvilkårene i livet. Kommunikasjonen er det som holder oss sammen med alt som finnes i verden (Rokstad og Smebye 2009) Menneskets sosiale liv er avhengig av kommunikasjon. Et liv uten å kommunisere er et liv uten det sosiale, et liv uten å danne relasjoner eller å kunne samhandle (Helgesen 2011).

Eide og Eide (2014) skriver at pasienter med demens og svekkelse i den kognitive funksjonen, har utfordringer til å uttrykke seg verbalt og nonverbalt. Det blir opplyst at 75 % av pasientene på norske sykehjem lever med en form for demens. Når mennesker blir eldre kan kommunikasjonsevnen bli påvirket av å få en demenssykdom (Eide og Eide 2014). Kommunikasjonen til mennesker blir brukt til å skape tillit og for at pasienter og eller hjelperen klarer å få frem sitt budskap i ulike situasjoner. (Helgesen 2011).

Rammeplanen til vernepleieren viser til at en skal kunne utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt og ivareta mennesket autonomi. En av nøkkelkompetansene til vernepleieren er evnen til nettopp det å kommunisere med pasienter (Regjeringen 2005). Kommunikasjon med demenspasienter er helt avgjørende, da kommunikasjonen kan bidra til å styrke eller svekke pasienten sin selvfølelse (Ingebretsen 2005).

Demenspasienter er en sårbar gruppe mennesker når det gjelder kommunikasjon, og det er viktig at hjelperen er interessert til å lytte aktiv til pasienten når han eller hun snakker (Eide og Eide 2014). Eide og Eide (2014) opplyser om at en skal respektere de eldre slik at deres hensyn til livskvalitet blir ivaretatt. For ifølge Rokstad og Smebye (2009) er det ingenting som tyder på at kommunikasjonen blir mindre viktig for demenspasienter. Når en møter pasienter med demens stilles det enda høyere krav til hjelperens evne til empati og møte pasientens behov på en verdig måte (Eide og Eide 2014). Kommunikasjonen er et hjelpemiddel for å anerkjenne og bekrefte demenspasienten som et menneske (Ingebretsen 2005).

Mange demensrammede befinner seg i et kaos som innebærer at de ikke vet hvor de kommer fra eller hvor de skal. Når de får hjelp til å huske bakkgrunnhistorien sin, føles nået tryggere og sikrere (Sejerøe-Szatkowski 2004, 53). En del av arbeidet med

demenspasienter handler om å kommunisere ved å prate om livshistorie, hva slags aktiviteter som har preget pasientens sitt liv eller andre opplevelser fra livet. Dette er en del av en metode der hjelperen arbeider med minnene til pasienten, også kalt reminisens (Eide og Eide 2014). Sejerøe-Szatkowski (2004, 53) definerer reminisens som å «huske og minnes, å vekke gjenklang». Reminisensarbeid er en metode der en kan for eksempel vise bildet fra livet til pasienten som vil vekke minner (Ingebretsen 2005) eller å prate om livshistorien som Eide og Eide (2014) skriver. Demenspasienter har vanskeligheter for å huske ting som har skjedd i nåtiden, men husker bedre ting fra tidligere i livet. Metoden brukes for at demenspasientene skal føle seg trygge gjennom at de gjenkjenner tidligere hendelser og minner (Sejerøe-Szatkowski 2004). Ingebretsen (2005) kommer med et viktig budskap i arbeid med remisens: «Det viktigste tiltaket kan være å ta seg tid til å lytte til pasienten» (Ingebretsen 2005, 63).

En studie med demenspasienter viser til at gjennom ulike typer stimuli, som for eksempel at hjelperen kommuniserer på en støttende måte eller styrke personen ved å uttrykke seg på en hyggelig måte, kan bidra til klare øyeblikk for pasientene. Konklusjonen til denne studien viser at denne type omsorg rettet mot pasienter kan bidra til å stimulere sansene deres slik at kommunikasjonen blir sterkere (Normann et al. 2006).

Demenspasienter kan oppleve kommunikasjonsproblemer som et resultat av svekkelsen i det kognitive og forutsetningen til sosialt samspill. En av faktorene en kan se på er kommunikasjonsbruddet mellom hjelperen og pasienten. Dårlig kommunikasjon kan skape utrygge rammer og konflikter mellom hjelperen og pasienten. Dårlig kommunikasjon kan være hvis hjelperen prøver å overtale pasienten til å gjøre noe, at det oppstår feiloppfatninger av hvordan hjelperen uttrykker seg eller at hjelper bare sender ut enveisbeskjeder. Samhandler hjelperen på denne måten kan det oppstå et kommunikasjonsbrudd som ikke går på demenspasientens sine premisser (Ingebretsen 2005). Videre påpeker Ingebretsen (2005) at formidlingen av behov og ønsker til pasienten gjennom verbal kommunikasjon kan bli vanskelig på grunn av sykdommens progresjon. Dette kommer av at informasjon og beskjeder er vanskelig å huske og å lagre (Ingebretsen 2005).

### 3.5 Fysisk aktivitet

Inaktivitet har blitt en økende utfordring og denne utfordringen berører mennesker i alle aldre. En av grunnene til dette kan være den økende teknologiske utviklingen som gjør det enklere for mennesker å være inaktive. Fysisk aktivitet kan være forebyggende mot andre sykdommer, noe som har blitt godt dokumentert ifølge Larsen (2008). En studie viser til at sykehjemspasienter i stor grad lever passive liv og er fysisk inaktive. Studien viser videre til at inaktivitet hos pasienter bidrar til raskere nedgang i fysisk funksjon og depressive symptomer (Telenius et al. 2017).

Et annet studie opplyser at fysisk aktivitet kan være med på å forebygge helseplager, forbedre den fysiske og psykiske kapasiteten og dermed opprettholde en høy grad av selvstendighet og livskvalitet. Utbytte fra den fysiske aktiviteten er veldig lik enten du er i den eldre aldersgruppen eller andre aldersgrupper (Lexell, Frändin og Helbostad 2008). Videre hevder Lexell, Frändin og Helbostad (2008) at gjennom forskning har det blitt påvist at fysisk aktivitet er med på å fremme helse også for mennesker med et sammensatt sykdomsbilde. Flere studier viser til at eldre mennesker som er fysisk aktive vurderer sin livskvalitet til høyere og bedre enn eldre som er mindre aktive (Lexell, Frändin og Helbostad 2008). Når det gjelder fysisk aktivitet og demens, har nyere forskning antydnet at dette kan være godt for personen. Demenspasienter klarer ofte ikke å utføre fysisk aktivitet på egenhånd og kan ha behov for tilrettelegging og veiledning (Helbostad, Taraldsen og Saltvedt 2008). Studiene som blir opplyst viser at eldre med sviktene mental helse kan ha nytte av fysisk trening. Den fysiske aktiviteten bidrar til flere fysiske og psykologiske effekter som kan bidra til å opprettholde helsen til den med demens (Helbostad, Taraldsen og Saltvedt 2008).



## 4.0 Drøfting

Mine forslag til løsning på problemstillingen «*Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens som bor på sykehjem?*» skal i dette kapittelet bli drøftet opp mot teorien. Som nevnt i avgrensingen av oppgaven har jeg valgt å fokusere på kommunikasjon og fysiske faktorer for økt livskvalitet hos demenspasienter. Videre i dette kapittelet vil det bli presentert underkapitler som kan være med på å besvare problemstillingen. De ulike kapitlene består av vernepleierens kompetanse i demensomsorgen, kommunikasjonens betydning for demenspasienter og drøfting av hvorvidt fysisk aktivitet bidrar til bedre livskvalitet hos pasientene.

### 4.1 Vernepleierens kompetanse i demensomsorg

Kommunikasjon handler om evnen til å uttrykke tegn både verbalt og nonverbalt, og uten kommunikasjonsevnen har vi vanskeligheter med å bygge relasjoner og skape trygghet (Helgesen 2011). Da kommunikasjon er en toveisprosess, er det viktig at hjelperen, altså vernepleieren i denne sammenhengen, vet hvordan en kommuniserer verbalt og nonverbalt, men også hvordan en kan være en aktiv lytter. Den aktive lyttingen består blant annet av hvordan hjelperen interesserer seg i lyttingen (Eide og Eide 2014). «Det viktigste tiltaket kan være å ta seg tid til å lytte til pasienten» (Ingebretsen 2005, 63). Dette sitatet av Ingebretsen kan være en god definisjon på hvordan en skal opptre med aktiv lytting med demenspasienter. For hvis du ikke virker interessert i hva den andre har å fortelle, kan det oppleves som nedverdiggende ovenfor den andre. Hvordan ville du reagert om den du pratet med så ned i bakken eller så på telefonen da du prøvde å formidle noe? Hvordan hvert enkelt menneske reagerer er individuelt, men de fleste mennesker ville kanskje sett på det som respektløst. En ting er hvordan du selv reagerer, men sett deg inn i demenspasienten sitt perspektiv og se for deg at du ikke husker hvem du egentlig prater med, mens du formidler et budskap og alt personen du ønsker å formidle budskapet på virker ikke interessert. Dette er ikke slik Eide og Eide (2014) ønsker å tilnærme seg demenspasienter for å ivareta deres livskvalitet. Ingebretsen (2005) peker på at dårlig kommunikasjon mellom hjelperen og pasienten kan skape utrygge rammer og konflikter, noe som er veldig uheldig. Hva er så dårlig kommunikasjon? Sett deg inn eksempelet over der hjelperen ser på telefonen. Dette kan være en form for dårlig kommunikasjon der hjelperen ikke interesserer seg eller gir oppmerksomhet til pasienten.

Kommunikasjon blir brukt som et verktøy til å skape relasjoner mellom mennesker og det handler om hvordan en kan kommunisere på ulike måter. Siden Rokstad og Smebye (2009) og Helgesen (2011) peker på viktigheten av kommunikasjon, kan det tenkes at denne evnen er særdeles viktig når det kommer til arbeid med demenspasienter. Myskja (2013) viser til demenspasienter sin evne til å kommunisere blir redusert på grunn av sykdommen, og Rokstad og Smebye (2009) peker videre til at demenspasienter sitt behov for kommunikasjon er like viktig som for folk flest. Det kan derfor tolkes at kommunikasjonen med demenspasienter er viktig for deres liv og selvfølelse. Hvorfor er vernepleier en aktuell ressurs i demensomsorgen?

Siden rammeplanen til vernepleieren sikter til at en ferdig utdannet vernepleier skal ha god kompetanse i kommunikasjon (Regjeringen 2005), kan det sees i sammenheng med at vernepleiere kan ha en viktig betydning og rolle i arbeid med mennesker, også demensomsorgen. Ingebretsen (2005) peker mot kommunikasjon som en helt avgjørende evne i arbeid med demenspasienter, da måten en kommuniserer på, enten styrker eller svekker selvfølelsen til mennesket. Da behovet til å kommunisere for demenspasienter er viktig og vernepleieren sin kommunikasjonskompetanse står sterkt, kan en se sammenhengen mellom disse to. En vernepleier kan for eksempel bidra til å skape relasjoner gjennom kommunikasjon, slik at demenspasienten føler en viss trygghet til hjelperen. Deretter kan en bli mer kjent og prate om pasientens sitt liv, interesser og behov.

Demenspasienter som bor på sykehjem har enten kommet inn i den moderate eller langkommende fasen av sykdommen, og siden sykdommen er progredierende og pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv, vil dette mest sannsynlig være pasientens siste bosted. Det kan tenkes at overgangen fra å bo i et eget hjem med muligens kone eller mann og stor hage, til å bo alene på et rom på et sykehjem kan oppleves som utfordrende. Dette er en påstand Myskja (2013) forsterker da han peker på at en overgang fra sitt tidligere hjem kan være krevende for pasienten, men også for pårørende. Det er i denne fasen det er viktig å ta vare på pasientens sine behov, verdighet og interesser (Myskja 2013). Kommunikasjonen er som nevnt grunnvilkårene til mennesker og denne evnen kan bidra til at vernepleieren kan få mer utbytte av kompetansen om miljøarbeid, for å bedre pasientens tilværelse på sykehjemmet.

Da miljøarbeid tar for seg å tilrettelegge miljøet rundt pasienten på ulike nivåer (FO 2008). Et eksempel kan være Kari som nylig har flyttet til sykehjemmet. Hun har vært en blid og sosial dame, men har den siste tiden begynt å holde seg mer på rommet, atferden har endret seg og hun oppleves som trist. I denne situasjonen kan vernepleieren bruke miljøarbeid og se på faktorene rundt Kari, og en kan også ta i bruk arbeidsmodellen for å kartlegge problemene som Kari opplever. Hvorfor har hun plutselig blitt så trist og holder seg alene? Kari pleide å snakke om alt hun har opplevd gjennom livet og blir oppfattet som en dame som er veldig sosial. Det kan tenkes at overgangen fra å bo hjemme til sykehjem har vært krevende, men det kan også være andre faktorer som påvirker. Derfor kan en gjennom kartlegging finne ut om Kari har noen interesser og behov som kan øke hennes trivsel. Hvordan var Kari når hun var yngre? Var hun aktiv på fritiden, hva slags interesser har eller hadde hun, finnes det for lite tilbud som passer for Kari på sykehjemmet? Eksempelet om Kari vil bli tatt opp igjen senere.

Som nevnt i teorien viser oppgaven til en modell og det kan godt hende flere modeller er aktuelle, men denne oppgaven tar for seg vernepleierens arbeidsmodell. Modellen er aktuell fordi som Myskja (2013) presiserer, er viktigheten av det å ivareta behovene og interessene til demenspasienter gjennom kommunikasjon, noe Brask, Østby og Ødegård (2016) også skriver. Modellen kan brukes til å kartlegge behov og interesser, og derfor kan den være aktuell i arbeid med demenspasienter. Selv om Nordlund, Thronsen og Linde (2015) retter kritikk mot modellen, kan en se argumentasjonen om hvorfor den kan passe til demenspasienter. Før en tar i bruk arbeidsmodellen kan det være viktig å skape en relasjon med pasienten og bli kjent med mennesket som står foran deg. Som Brask, Østby og Ødegård (2016) opplyser skal vernepleieren ha god kommunikasjonskompetanse i utførelsen av sitt arbeid. Dette er en opplysning også Eide og Eide (2014) kan gå god for da de skriver at kommunikasjon med demenspasienter kan skape en relasjon og trygghet som bidrar til å bli kjent med hele mennesket en skal hjelpe. Dette kan forklares med et nytt eksempel om Kari.

Ved å nettopp ta i bruk vernepleierens arbeidsmodell i situasjonen med Kari, kan en kanskje gjennom kartlegging, der tar i bruk kommunikasjon, finne ut at Kari har vært en fysisk aktiv dame og var med i en trimgruppe der de møttes for å gå turen i skogen flere ganger i uken. For gjennom kartleggingen, som kan være en samtale med Kari selv eller pårørende, finner en ut at Kari alltid har vært glad i å gå tur. Etter at Kari flyttet til

sykehjemmet har hun ikke fått utfoldet sine ønsker og behov på grunn av sykdommen og manglende ressurser. Dette har gjort Kari til en inaktiv pasient, og Telenius et al. (2017) peker mot at inaktivitet hos pasienter bidrar til nedgang i fysisk funksjon og depressive symptomer. Her kan Kari ha blitt et uheldig offer for at sykehjemmet kanskje ikke hadde nok personalressurser eller at det var lagt opp for så mye fysisk aktivitet. Vernepleieren kan i denne situasjonen tilrettelegge miljøet og utarbeide tiltak for at sykehjemmet kan få trimgrupper eller at det vil være planlagte gåturer for bare Kari eller at Kari og flere kan gå sammen. Det kan vise seg etter at Kari har fått begynt å bevege seg mer ved å gå tur har endret hennes atferd og hun oppleves ikke lenger som depressiv. Eksempelet kan jo stemme forskningen som peker på at fysisk aktivitet er med på å fremme helse også for demenspasienter (Lexell, Frändin og Helbostad 2008)

Dette eksempelet kan pekes i retning mot Drageset, Normann og Elstad (2013) sin studie, der de opplyser at demenspasientene som var med i studiet ønsket å fortsette å være den de selv har vært før sykdommen. Hvis Kari har et ønske om å gå tur, er det viktig å respektere dette ønske og se på muligheten for at dette skal kunne utføres. Eide og Eide (2014) sikter til at ved å respektere de eldre, kan en bidra til å ivareta livskvaliteten deres. Kanskje Kari føler at hun blir ivaretatt, får støtte og omsorg fra de ansatte da hun får kommet seg ut og ivaretatt sine personlige behov. Demenspasienter kan i hvert fall oppleve livskvalitet ved å få støtte og å føle omsorg fra andre mennesker, så da kan det tenkes at det er viktig å ivareta henne behov. Drageset, Normann og Elstad (2013) fant faktisk ut at det å oppleve støtte og få omsorg av andre, bidro til livskvalitet for demenspasienter i sin studie.

For å ivareta pasientens verdighet som et menneske følger det et visst ansvar på sykehjemmene og de ansatte. Pasientens behov endrer seg mest sannsynlig ikke selv om han eller hun flytter til et sykehjem. Hjelperen har derfor et ansvar for å rette de individuelle behovene for hver enkelt som kan bidra til økt livskvalitet og trivsel på sykehjemmet (Telenius et al. 2017), som igjen kan være en bidragsyter til at pasienten får en verdig avslutning på et langt liv. Vernepleieren har ifølge Owren og Linde (2011) en helsefremmende tilnærming. Denne tilnærmingen kan bidra til at demenspasienter får økt livskvalitet. Ved å kombinere den helsefremmende tilnærmingen med de andre kompetansene en vernepleier står god for, kan en legge til rette for en arena som inneholder god kommunikasjon og godt miljøarbeid (Owren og Linde 2011). Brask, Østby

og Ødegård (2016) peker på miljøarbeid som en faktor til at vernepleieren kan se rammefaktorene på sykehjem og pasientens individuelle forutsetninger.

#### **4.1.1 Kommunikasjonens betydning for demenspasienter**

Kommunikasjon er en svært sentral og nødvendig evne i menneskets liv, også for demenspasienter. Rokstad og Smebye (2009) presiserer i teoridelen at kommunikasjonens evne er en viktig del av menneskers liv uansett alder og sykdom. Teoriene som har blitt presisert i oppgaven er ganske enige om hvor mange av sykehjemspasientene som har en demenssykdom, og Eide og Eide (2014) og FHI (2019) peker på tall fra 75 til 80 % av sykehjemspasientene har en form for demens. Når demenspasienter kommer inn i den moderate fasen vil evnene bli svekket, noe som også gjelder kommunikasjonsevnen til pasienten. Denne påstanden peker både Eide og Eide (2014) og Ingebretsen (2005) på, der begge sikter til at formidlingen av behov, både verbalt og nonverbalt kan bli vanskeligere å uttrykke siden demenssykdommen har kommet såpass langt inn i en av demensstadiene.

Siden kommunikasjonen til demenspasienter blir svekket jo lengre de kommer inn i sykdommen, kan en tenkes at kommunikasjonen mellom pasient og hjelper kan være utfordrende. Spesielt demenspasienter som bor på sykehjem kan også være en utfordring. Dette kan være, som Myskja (2013) opplyser om, fordi de har problemer med å holde rede på tid og sted. Dette støttes oppunder av Ingebretsen (2005) som opplyser om at informasjonen som blir gitt fra hjelper til pasient, kan være vanskelig å huske for pasienten. Sejerøe-Szatkowski (2004) opplyser også om et indre kaos hos demenspasienter der de ikke vet hvor de kommer fra eller hva som skjer videre.

Sett deg nå inn igjen i pasientens sitt perspektiv og se for deg at du våkner opp om morgenen og ikke aner hvor du er. Du er rammet av en demenssykdom og er i den langtkommende fasen. Du klarer ikke finne ut hvor du er (Myskja 2013) og har et indre kaos i hodet ditt (Sejerøe-Szatkowski 2014). De fleste vil muligens kjenne på frykten av å ikke vite hvor de er. Etter litt kommer det en helt fremmed person inn døren og ber deg om å stå opp og gå inn på badet. Du ser at det er noe kjent med personen, men klarer ikke sette fingeren på hvem det er. Du blir mer forvirret og redd, og velger å bli med inn på badet. Her blir nattøyet tatt av, mens du får en fuktig klut i ansiktet. Du ser på hjelperen som har

et steinansikt og uttrykker ingen form for positiv nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2014). Det eneste en får er små hint av kommandoer om hva som skjer.

Dette her er et eksempel, satt på spissen, på hvordan dårlig kommunikasjon eller kommunikasjonsbrudd kan oppstå mellom pasient og hjelper. Hvordan tenker du respekten ovenfor pasient ble ivaretatt i denne situasjonen? Eide og Eide (2014) peker jo på at en skal respektere de eldre for at hensynet for livskvalitet blir ivaretatt, og i dette eksempelet ble det ikke ivaretatt. Det kan tenkes at viktigheten av å vite hvordan en skal behandle et annet menneske, uansett sykdom, er viktig for den andres selvfølelse. I dette eksempelet kunne det være en god ting at hjelperen tok i bruk kommunikasjonen som et verktøy og for å danne relasjoner. Ingebretsen (2005) peker på hvordan kommunikasjonen kan bidra til å styrke eller svekke pasienten sin selvfølelse, men det kommer an på hvordan hjelperen bruker kommunikasjonen på. Med tanke på at eksempelet er et brudd på kommunikasjonen, er dette noe Ingebretsen (2005) også peker på og kan bidra til utrygge rammer for pasienten og muligens konflikt mellom pasient og hjelper.

Måten demens påvirker et menneskeliv på, blir påvirket av flere faktorer, men en tydelig faktor som blir påvirket er at de glemmer ting som har skjedd i nær nåtid (Sejerøe-Szatkowski 2004). En måte som kan bidra til at demenspasienter husker, kan være å ta i bruk metoden reminisens. Ved å bruke kommunikasjon som et verktøy på en riktig måte og ved å ta i bruk metoden reminisens, kan en skape gode og trygge relasjoner mellom hjelper og pasient. Dette er en påstand Sejerøe-Szatkowski (2004) styrker ved at hun opplyser at reminisensarbeidet skal bidra til at demenspasienter skal føle seg trygge gjennom tidligere hendelser i livet sitt. Eide og Eide (2014) viser også i sin teori om hvordan denne metoden kan ha effekt på demensrammede.

Som nevnt tidligere kan en av evnene bli påvirket på grunn av sykdommen. Dette er evnen til å kommunisere på lik måte som det en gjorde før en ble rammet av sykdommen.

Teorien peker på at pasienter med demens kan ha vanskeligheter til å uttrykke seg og forstå beskjeder som blir sagt (Myskja 2013). Det er derfor viktig å vite hvordan en skal møte demenspasienter på en verdig måte. For et av grunnvilkårene til mennesket er det å kunne samhandle gjennom kommunikasjon med andre mennesker (Eide og Eide 2014). Mjørud et al. (2011) sikter mot viktigheten av å ha kompetanse om hva som kan påvirke livskvaliteten på demenspasienter i sin forskningsrapport. Dette kan være fordi

sykdommen bidrar til at pasienter ikke klarer å uttrykke seg på lik linje som tidligere (Mjørud et al. 2011). I rammeplanen for vernepleieren står det at vernepleieren skal kunne kommunisere med pasienter, og denne evnen skal vernepleiere være gode på. Det vil si at vernepleiere skal ha god kompetanse når det kommer til å kommunisere med pasienter som har kognitiv svikt når de er ferdigutdannet (Regjeringen 2005).

## **4.2 Bidrar fysisk aktivitet til bedre livskvalitet?**

Til nå har store deler av oppgaven tatt for seg kommunikasjon i demensomsorgen. Dette blir på en måte en grunnstamme i hvordan vi skaper kontakt med mennesker og være en viktig måte om hvordan vernepleieren tilnærmer seg demenspasienter, da demenspasienter er i en sårbar gruppe i samfunnet. For før en kan ta for seg noen tiltak som kan bidra til å øke livskvaliteten og trivselen, er det viktig å skape en kontakt og en relasjon med personen som kan trenge hjelp i hverdagen sin. Siden forskriften sikter til at eldreomsorgen skal legges til rette på den måten at det ikke skal være skummelt å bli eldre (Verdighetsgarantiforskriften § 1, 2010), kan det tenkes at det finnes måter å bidra til at pasienter opplever god livskvalitet. Eldre personer med moderat eller langtkommen demens, som ikke klarer å bo hjemme i sitt eget hjem kan bli tilbudt en plass på et sykehjem. Når den eldre får plass på sykehjemmet vil personen få dekket sine nødvendige behov som mat og drikke, eget rom, bistand til det som er nødvendig og medisiner for å nevne noe, men er dette nok?

En problematikk som har kommet frem med sykehjemspasienter er at denne menneskegruppen lever i stor grad et passivt liv og ikke har mye bevegelse i løpet av et døgn. Inaktiviteten blir en realitet når den eldre flytter fra sitt eget hjem til et sykehjem (Telenius et al. 2017). Er dette en god måte å bli eldre på ved at en blir inaktiv etter at en flytter til sykehjem? Nei, ikke ifølge studiene til Lexell, Frändin og Helbostad (2008) og Helbostad, Taraldsen og Saltvedt (2008), der alle er enige om at fysisk aktivitet for demenspasienter kan bidra til å opprettholde helsen, oppleve selvstendighet og ikke minst øke livskvaliteten deres. Problematikken ved at pasienter blir inaktive når de overflyttes til sykehjem, kan være med å påvirke de fysiske funksjonene, den psykiske helsen og den sosiale delen i livet (Telenius et al. 2017), som igjen kan tenkes at påvirker livskvaliteten til pasienten.

Se tilbake til eksempelet til Kari, selv om det bare er et eksempel kan det også være en reel hendelse som oppstår i demensomsorgen. Siden studiene fra Lexell, Frändin og Helbostad (2008) og Helbostad, Taraldsen og Saltvedt (2008) peker på at fysisk aktivitet kan påvirke livskvaliteten til Kari. Siden demenspasienter på sykehjem er i en sårbar posisjon og flere av deres funksjoner, som for eksempel fysisk funksjon og kognitiv funksjon, kan det være viktig å forsøke å ivareta den helsen de har gjennom fysisk aktivitet. For noen kan fysisk aktivitet være en utfordring å gjennomføre for demenspasienter og har derfor et behov for tilrettelegging og veiledning i prosessen (Helbostad, Taraldsen og Saltvedt 2008). Det er i denne prosessen en vernepleier kan komme inn.

Ved at vernepleieren tar i bruk sin kompetanse og arbeidsmodellen, kan en kartlegge de ulike interessene og behovene pasientene har i livet og ta i bruk dette til å gjøre tilværelsen på sykehjemmet bra, gjennom for eksempel fysisk aktivitet. Gjennomføringen av arbeidsmodellen utformes i samarbeid med pasienten og eller pårørende, som kan bidra til å øke relasjonen mellom pleier, pårørende og pasient (FO 2008). Demenssykdommen kan påvirke pasientens evne til å forstå hva som er best for seg selv, og kan derfor ha behov for å få veiledning og hjelp til dette. Nyere forskning tyder på at fysisk aktivitet for mennesker med demens bidrar til et bedre liv for demenspasienten (Helbostad, Taraldsen og Saltvedt 2008).

Hvis pasienten sin sykdom er på det moderate stadiet og det er mulig å samarbeide, kan en skaffe informasjon gjennom dialog. Dersom pasienten da har kommet til det langkommende stadiet, kan det være aktuelt å ha en dialog med pårørende for å skaffe den informasjonen som trengs (FO 2008). Gjennom kartleggingen kan en eksempelvis finne ut at en pasient har tidligere vært en aktiv turgåer og vært glad i å jobbe i hagen sin. Det er viktig å presisere at fysisk aktivitet ikke behøver å være at du presser deg til maksgrensen, men at det kan være en enkel gåtur rundt for eksempel sykehjemmet der en kan se på blomster (Dahm et al. 2014). Gjennom turen kan pasienten få brukt sansene sine samtidig som pasienten er fysisk aktiv.

#### **4.2.1 utfordringer med fysisk aktivitet**

Lexell, Frändin og Helbostad (2008) viser videre til at mennesker i dag er mindre fysiske aktive enn før og presiserer viktigheten av den fysiske aktiviteten. Dette er en påstand



Telenius et al. (2017) også peker på, der de viser til at når pasienter flytter til sykehjem, står de i fare for å bli inaktive. Det at demenspasienter på sykehjem blir inaktive kan være på grunn av økningen av antall demenspasienter på norske sykehjem (SSB 2020). Siden teorien peker på at demenspasienter ikke klarer å utføre alle de fysiske aktivitetene alene, må en kunne tilpasse aktivitetene til pasientene etter deres behov og interesser og om de klarer å mestre aktiviteten. Aktiviteten må ikke være for vanskelig og derfor må den som skal lede aktiviteten ha god kompetanse i dette. Selv om en skal tilpasse aktivitetene til hver enkelt, finnes det utfordringer når det kommer til å gjennomføre aktivitet. En kan møte utfordringer når det kommer til fysisk aktivitet i form av at pasientene har dårlig fysisk helse, redd for å falle, liten forståelse eller kunnskap om betydningen av det å være fysisk aktiv. Det finnes også miljømessige utfordringer når en skal drive fysisk aktivitet på et sykehjem. Dette kan være mangelen på personalressurser, manglende plass til å drive fysisk aktivitet eller begrensingen på muligheten til å komme seg ut av sykehjemmet (Telenius et al. 2017).

### **4.3 Avslutning drøfting**

Bruken av vernepleiere i demensomsorgen kan sees som en viktig ressurs og brikke til å bidra til økt livskvalitet. For noen demenspasienter kan det å utføre fysisk aktivitet være krevende, og da kan for eksempel en vernepleier komme inn. Vernepleieren skal være god til å kunne tilrettelegge for pasienten. I drøftingsdelen har ulike eksempler blitt presentert for å vise hvordan en vernepleier kan bidra til å øke livskvaliteten til demenspasienter. Gjennom vernepleierens kompetanse om kommunikasjon, samarbeid og drive miljøarbeid kan en arbeide tverrprofesjonelt, med pårørende og med pasientene. En skal ikke sette andre profesjoner bort, men heller øke profesjonskompetansen på sykehjem og i demensomsorgen. Som nevnt tidligere viser flere studier til inaktive pasienter på sykehjem og da rundt 80 % av pasientene har en form for demens, kan en tenke seg at det er mange demenspasienter som lider av inaktivitet. Ved å koble vernepleierens evne til å kommunisere, skape relasjoner og trygget med fysisk aktivitet kan det tenkes at pasienter med demens kan få en mer aktiv og meningsfylt hverdag. Dette kan gjøres ved å kartlegge pasientenes behov og interesser og tilrettelegge rammefaktorene i miljøet og for pasientene.

## 5.0 Avslutning

For å avslutte litteraturstudien er det ønskelig å se tilbake til hva vi har gått igjennom. Etter oppsummeringen vil jeg komme en konklusjon om hvordan vernepleieren kan bistå i demensomsorgen.

### 5.1 Oppsummering

I oppgaven som jeg har presentert, har det blitt sett på livskvalitet og betydningen av dette i demensomsorgen. Jeg har trukket frem at livskvaliteten berører mennesker uansett alder og sykdom, og at demenspasienter kan være ekstra sårbare på grunn av deres svekkede hukommelse. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, og oppgaven har sett på noen faktorer som kommunikasjon og fysisk aktivitet, og hvordan disse kan være med på å påvirke livskvaliteten deres. Videre har jeg trukket frem hvordan en vernepleier kan bidra med sin kompetanse i demensomsorgen. Oppgaven har også vist hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan være en viktig modell i å utarbeide tiltak for å bedre livskvalitet hos demenspasienter.

### 5.2 Konklusjon

Demenspasienter kan møte en hverdag fylt av kaos, usikkerhet og redsel. Viktigheten av å møte menneske på en trygg og bekræftende måte kan være en viktig faktor for at hverdagen blir tryggere. En vernepleier sin kompetanse på kommunikasjon og miljøarbeid er noen faktorer som kan være viktig i arbeidet med demenspasienter. Oppgaven sikter til at trygge rammer og omsorg kan bidra til økt livskvalitet, og det er her hjelperen må begynne arbeidet sitt. Videre kan en se viktigheten av det å ikke være inaktiv og få beveget kroppen etter individuelle behov så godt det lar seg gjøre. For gjennom kommunikasjon og relasjon kan en oppmuntre pasienter til å gjøre ulike aktiviteter som igjen kan være en viktig faktor for å oppleve god livskvalitet.

For å svare på problemstillingen «*Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens som bor på sykehjem?*», så kan en vernepleier med sin brede kompetanse være en viktig del av demenspasienter liv på sykehjem. Kompetansen en vernepleier innehar kan påvirke flere faktorer av en demenspasient sin opplevelse av

livskvalitet. Det skal nevnes at siden livskvalitet er subjektivt, så er ikke dette en fasit på hvordan en kan øke livskvaliteten til alle med demens. Det gir heller en pekepinn på hvordan en kan tilnærme seg ulikt til hver enkelt, men at de ulike studiene som har blitt brukt, peker på at fysisk aktivitet og god kommunikasjon er faktorer for økt opplevelse av livskvalitet.

Oppgaver viser til ulike punkter som en vernepleier er god på og noen av nøkkelkompetansen profesjonen innehar. Her blir det vist at vernepleieren kan ha en viktig rolle i demensarbeid, men det er viktig at vernepleieren arbeider i et tverrprofesjonelt samarbeid med andre profesjoner. Tilbake til problemstillingen så kan for eksempel arbeidsmodellen brukes som en modell for å kartlegge behov og interesser for pasienten og en kan se for seg at nøkkelkompetansen, kommunikasjon, kan være avgjørende for et menneske som kanskje lever et kaotisk liv på grunn av han eller hennes sykdomsbilde. Viktigheten av å vite hvordan en skal tilpasse seg personen du står ovenfor, kan tenkes å være ekstrem viktig. Så for å konkludere om hvordan en vernepleier kan bidra til økt livskvalitet, så kan vernepleieren bidra til dette gjennom sin kommunikasjonskompetanse og evne til å respektere menneske. Gjennom evnen til å ta i bruk miljøarbeid og bruke arbeidsmodellen, kan en tilrettelegge ulike faktorer på sykehjemmet, som kanskje andre ikke ser. Det er selvfølgelig ikke alt en vernepleier kan, men siden det er et så stort fokus om livskvalitet og kommunikasjon, kan det tolkes som at disse kompetansene blir viktig i demenspasienters liv.

## Referanseliste

- Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg...» - *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller – en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brækhus, Anne, Tor Erling Dahl, Knut Engedal og Knut Laake. 2013. *Hva er demens?* 5. utg. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.  
[https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/Hva\\_er\\_demens\\_2013\\_LAV.PDF](https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/Hva_er_demens_2013_LAV.PDF)
- Dahm, Kristin Thuve, Therese Kristine Dalsbø, Kari Håvelsrud og Liv Merete Reinar. 2014. *Effekten av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens*. Oslo: Helsedirektoratet.  
[https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2478037/K\\_Rapport\\_2014\\_27\\_Demens\\_fysisk\\_aktivitet.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2478037/K_Rapport_2014_27_Demens_fysisk_aktivitet.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgave skriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dietrichs, Espen. 2017. «Nevrologiske sykdommer.» I *Sykdomslære*. 3. utg. redigert av Dag Jacobsen, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise, 475 – 498. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drageset, Ingrid, Ketil Normann og Ingunn Elstad. 2013. *Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet*. Nordisk Tidsskrift for helseforskning nr. 1-2013, 9 årgang.  
<https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2563/2410>
- Dysthe, Olga, Frøydis Hertzberg og Torlaug Løken Gard Hoel. 2010. *Skrive for å lære – skriving i høyere utdanning*. 2. utg. Oslo: Abstrakt forlag.

- Eide, Hilde og Tom Eide. 2014. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2009. *Demens – Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Espnes, Geir Arild og Geir Smedslund. 2012. *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fellesorganisasjonen. 2008. «Om vernepleieryrket»  
[http://m.fo.no/getfile.php/131955-1377694151/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](http://m.fo.no/getfile.php/131955-1377694151/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf)
- Folkehelseinstituttet. 2017. «Fysisk aktivitet i Noreg».  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Folkehelseinstituttet. 2019. «Demens».  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Folkehelseinstituttet. 2019. «Fakta om livskvalitet og trivsel».  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. Fastsett ved kgl. res. 15. mars 2019.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

- Helbostad, Jorunn L., Kristin Taraldsen og Ingvild Saltvedt. 2008. «Demens.» I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2493895/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Horndalen, Bjørn og Tor Rynning Torp. 2006. *Vernepleier – utdanning og yrke i et faglig perspektiv*. Høgskolen i Akershus.
- Ingeberg, Mette Holme, Dag Willy Tallaksen og Børge Eide. 2006. *Mentale knagger – En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.
- Ingebretsen, Reidun. 2005. *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport 13/2005.  
[http://ungdata.no/asset/593/1/593\\_1.pdf](http://ungdata.no/asset/593/1/593_1.pdf)
- Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet.» i *Utviklingshemning og habilitering – innspill til habiliteringprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jakobsen, Rita. 2007. *Ikke alle vil spille bingo – Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Larsen, Bjørn-Inge. 2008. «Bakgrunn.» I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2493895/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lexell, Jan, Kerstin Frändin og Jorunn L. Helbostad. 2008. «Fysisk aktivitet for eldre.» I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.  
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2493895/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Myskja, Audun. 2013. *Hjertet mitt har ikke demens*. Bergen: Cappelen Damm.
- Mjørud, Marit, Knut Engedal, Maria Lage Barca og Siri Ytrehus. 2011. *Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens*. Forskning nr. 2.  
<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142379/Vitenskapelig2011YtrehusC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie – Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann, H.K, Kenneth Asplund, Stig Karlsson, Per-Olof Sandman og Astrid Nordberg. 2006. *People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population-base study*. *Journal of Clinical Nursing* 11 (15) 1413-17
- Sejerøe-Szatkowski, Kirsten. 2004. *Demens – kommunikasjon og samarbeid*. Oversatt av Lisbeth Nilsen. Oslo: Gyldendal akademisk
- Telenius, Elisabeth Wiken, Birgitta Langhammer, Jorunn Lægdheim Helbostad og Randi Granbo. 2017. *Fysisk aktivitet og trening på sykehjem*. HiOA: Rapport 2017 nr. 8.  
[https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/FA\\_p%C3%A5\\_sykehjem\\_Skriftserien.pdf](https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/FA_p%C3%A5_sykehjem_Skriftserien.pdf)
- Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. «Innledning.» i *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglig perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Owren, Thomas. 2011. «Sosial helse og funksjon.» i *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglig perspektiver*. 108-130. Oslo: Universitetsforlaget.
- Regjeringen. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanningen*. Fastsatt 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet.  
[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)
- Rokstad, Anne Marie Mork, Kari Lislerud Smebye. 2009. *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe
- Statistisk sentralbyrå. 2005. «Hvor lenge kommer vi til å leve?»  
[https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa\\_200506/folkfram05.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200506/folkfram05.pdf)
- Statistisk sentralbyrå. 2020. «Vi bli stadig eldre.»  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-bli-stadig-eldre>
- Verdighetsgarantiforskriften. 2010. *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Fastsatt ved kgl. res. 12. november 2010  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- World Health Organization. 2012. «Dementia – A public health priority».  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf;jsessionid=B](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=B)
- World Health Organization. 2019. «Dementia».  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



# Vedlegg

## Vedlegg 1

Vernepleierens arbeidsmodell

