



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Demens og aktivitet /Dementia and activity

Line Bukkvoll

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 24.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: 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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Antall ord: 10 236

Forord

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble også jeg til ved et frø.

*Lik treet fikk jeg også mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.*

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg også blader.

*Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.*

*Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.*

Livet mitt ”faller” av.

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, kjenner meg.

*Vit at om treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.*

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint og trist.

Jeg føler jeg lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Skrevet av Kirsti Solheim(2009).

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Har temaet relevans for vernepleieryrket?	2
1.3	Oppgavens formål	3
1.4	Oppgavens disposisjon	3
2.0	PROBLEMSTILLING	4
2.1	Problemstilling	4
2.2	Begrunnelse og avgrensning av problemstilling	4
2.3	Definisjon av begreper i problemstillingen	5
	Aktivitet	5
	Uro	5
	Aldersdemens	5
	Institusjon	5
3.0	METODE	6
3.1	Litteraturstudie som metode	6
3.2	Begrunnelse for valg av metode	7
3.3	Egen forforståelse	8
3.4	Validitet og reliabilitet	9
4.0	TEORIDEL	11
4.1	Hva er demens?	11
4.1.2	Ulike grupper av demenssykdommer	12
4.1.3	Demens ved Alzheimers sykdom	13
4.1.4	Grader av demens	14
4.2	Måltrettet miljøarbeid	14
4.3	Hva er aktivitet?	15
4.3.1	Reminisens	16
4.3.2	Sansehager	16
4.4	Livskvalitet	17
5.0	DRØFTING	19
5.1	Den aldersdementes opplevelse av å ha demens	19
5.2	Livskvalitet og aldersdemens	21
5.3	Livskvalitet i institusjon	22
5.4	Hva kan aktivitet bety for mennesket med aldersdemens?	24
5.5	Aktiv bruk av reminisens for å øke livskvalitet?	26
5.6	Aktiv bruk av sansehager for å øke livskvalitet?	28
6.0	AVSLUTNING	31
6.1	Oppsummering	31
6.2	Konklusjon	31
6.3	Refleksjon	32
7.0	LITTERATURLISTE	33
	Selvvalgt litteratur	35

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er mennesker med demens og deres liv i institusjon. I dag er demens den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem.

Omsorgsutfordringen Norge nå står ovenfor, er at antallet av mennesker med demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år og at den største veksten vil skje om 10-15 år. Dette som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen (Helse og omsorgsdepartementet 2011, Demensplan 2015).

Jeg ønsker å se på hverdagen til mennesker med demens i sykehjem og gå nærmere inn på områder som kan være med på å påvirke om de har det bra eller ikke. Engedal og Haugen (2009) skriver at en av de hyppigste atferdsendringene ved demens er passivitet, noe som kan gi utslag i depresjon eller være et uttrykk på manglende interesser (Berentsen m.fl. 2005). Rastløshet kan også være en atferdsendring. Dette kan gi utslag i vandring, som kan være forårsaket av at vedkommende for eksempel savner aktiviteter som tidligere har vært viktig (Berentsen m.fl. 2007).

Jeg har flere års arbeiderfaring med mennesker med demens. Dette gjennom sommerjobb jeg har hatt de siste 5 årene og i løpet av ett år hvor jeg var tilkallingsvikar. I tillegg har jeg også praksiserfaring fra vernepleierstudiet. Gjennom tiden jeg har brukt sammen med denne brukergruppen, har dette temaet fanget min interesse og videre økt betraktelig gjennom vernepleierutdanningen. Vernepleierutdanningen har forsterket mine holdninger om menneskets krav på verdighet og likebehandling. Det å se hele mennesket bak det foreliggende problemet og samtidig se muligheter, i stedet for hindringer, synes jeg er en forutsetning for å arbeide nært inntil mennesker. For meg som vernepleier og privatperson er det derfor viktig at mennesker med demens skal ha det best mulig i institusjon, livskvaliteten deres skal ikke svekkes selv om de ikke lenger kan bo hjemme.

Vil mennesker med demens få en bedre og meningsfull hverdag hvis de ble oppfordret/veiledet til å gjøre en aktivitet? Har mennesker med demens det bra i institusjon? Forverres demenstilstanden ved å være passiv? Er det bevisst at vi

tjenesteytere skal ha begrenset tidsbruk i forhold til å aktivisere mennesker med demens? Dette er tanker jeg har gjort meg etter å ha arbeidet sammen med denne brukergruppen.

1.2 Har temaet relevans for vernepleieryrket?

Vernepleierens arbeid har som mål å bidra til å oppnå best mulig livskvalitet hos tjenestemottakerne. Det tilrettelegges for utvikling, opprettholde ferdigheter, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker(FO, Profil som beskriver vernepleieren). Jeg vil derfor si at dette temaet er svært relevant for vernepleieryrket(Regjeringen, Rammeplan for vernepleiere, 2005).

For meg personlig ble arbeid med mennesker med demens årsaken til at jeg valgte å utdanne meg som vernepleier. Gjennom denne erfaringen så jeg viktigheten av å bry seg om hjelpetrengende mennesker og at det er mye vi som tjenesteytere kan gjøre for å bedre hverdagen til et annet menneske. Jeg følte min kunnskap ikke var tilstrekkelig i arbeidet, men gjennom vernepleierutdanningen har jeg opparbeidet meg faglig støtte til mine tilnærminger og ser helt klart viktigheten av vernepleiere i demensomsorg.

I dag består demensomsorgen av ufaglærte og ulike profesjonsgrupper. I situasjoner hvor tjenestemottaker har vanskeligheter med å gi uttrykk for sine behov, vil det være behov for profesjonelle hjelpere. Den profesjonelle ser behovet ut i fra sin utdanning, mens den ufaglærte må ta utgangspunkt i tjenestemottakerens ønsker og når dette ikke er tilfelle, kan vi se at det er nødvendig med profesjonelle i situasjoner hvor tjenestemottakerens behov er utydelig(Linde og Nordlund 2010).

I demensomsorgen, som i andre områder, er det behov for et tverrfaglig samarbeid. Vi vernepleiere har et godt utgangspunkt for dette. Vår utdanning består av kombinasjonen helsefag, sosialfag, pedagogikk og psykologi, vi er derfor godt rustet til å se utfordringer tverrfaglig og å samarbeide tverrfaglig med andre profesjoner i arbeidet med mennesker med demens(FO, Profil som beskriver vernepleieren). Dette er viktig for å skape en best mulig hverdag for tjenestemottakerne i demensomsorgen.

Demensplan 2015 "Den gode dagen", som er en delplan av omsorgsplan 2015, legger vekt på at kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslige aktiviteter skal ha økt fokus når

demensplanen er utført i 2015. Det sies også at alle kommuner skal kunne tilby tilrettelagt dagaktivitetstilbud til mennesker med demens. Dette krever en større tverrfaglig bredde med økt vekt på blant annet sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid(Helse og omsorgsdepartementet 2011, Demensplan 2015). Dette belyser samfunnsrelevansen og at vernepleieren har en sentral rolle i demensomsorg.

I rammeplanen for vernepleiere står det at vår yrkesutøvelse skal bygge på likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet og sette brukermedvirkning i fokus(Regjeringen, rammeplan for vernepleiere:5). I rundskriv 1/5/2007 om ”Aktiv omsorg”, legges det stor vekt på at det skal være et dagaktivitetstilbud til mennesker med demenslidelser. For å kunne gi god omsorg forutsettes det at den enkeltes historie blir satt i fokus, slik at det opparbeides kunnskap om hva som gir mening og vil stimulere til økt livskvalitet(Helse og omsorgsdepartementet 2011, Demensplan 2015). Vi kan derfor se at vår yrkesutøvelse har stor relevans i omsorgsarbeidet.

1.3 Oppgavens formål

Formålet med denne oppgaven er i hovedsak å belyse et aktuelt tema. Det finnes omtrentlig 71 000 mennesker med demens i Norge i dag og det forventes at antallet vil øke med 10 000 pr. år(Engedal og Haugen 2009). Dette temaet er derfor noe som både berører og vil berøre institusjoner, tjenesteytere, pårørende og mennesker med demens. Samtidig er det viktig for meg selv som snart nyutdannet vernepleier å øke min kunnskap på dette området slik at jeg kan gjøre en best mulig jobb i arbeid med mennesker med demens.

1.4 Oppgavens disposisjon

Jeg har i hovedsak valgt å jobbe ut i fra høgskolens mal for å bygge opp denne oppgaven, men disposisjonen har også blitt påvirket av råd fra veileder og Olav Dallands bok(2008); metode og oppgaveskriving for studenter.

2.0 PROBLEMSTILLING

I dette kapittelet vil jeg presentere, begrunne og avgrense min problemstilling. Jeg vil også definere begreper i problemstillingen.

2.1 Problemstilling

Hvilken betydning har aktivitet for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens i institusjon?

2.2 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling

Problemstillingen min er et resultat av hva jeg selv har opplevd gjennom min arbeiderfaring med mennesker med demens(henviser til punkt 1.1).

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til eldre mennesker med demens i institusjon. Med institusjon mener jeg sykehjem for mennesker med demens. Dette har jeg valgt på bakgrunn av at det er her jeg kommer til å møte mange mennesker med demens. Det finnes ulike typer demens, men jeg vil i min studie ta for meg demens ved Alzheimer sykdom, da dette er demenssykdommen som forekommer mest. Demensforløpet kan deles opp i ulike faser. Det internasjonale klassifiseringssystemet omtaler moderat demens som at man ikke kan klare seg uten hjelp fra andre, det er denne fasen jeg vil ha mitt fokus på(Helsedirektoratet, Diagnose kodeverk ICD-10, 2011). Jeg har valgt å bruke begrepet aldersdemens gjennom oppgaven min, dette er en fellesbetegnelse på eldre mennesker som lider av demens. Jeg vil gå nærmere inn på hva demens er senere i oppgaven(kapittel 4.1).

Mitt hovedfokus er *aktivitet* og hvordan dette kan ha innvirkning på å redusere uro hos mennesker med aldersdemens. Aktivitet kan lett kobles til fysisk aktivitet, men begrepet har flere tilnærminger(Tuntland 2005). Jeg har valgt å avgrense til reminisens og sansehager. Dette kan være sosiale, fysiske og mentale aktiviteter. Hovedpoenget mitt er altså at den enkelte skal kunne få mulighet til å holde på med en aktivitet som personen kjenner seg igjen i og har et forhold til(Engedal og Haugen 2009).

Uro hos mennesker med aldersdemens kan være så mangt. Jeg har valgt å avgrense begrepet til vandring og rastløshet, altså motorisk uro(Engedal og Haugen 2009).

2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen

Aktivitet

Jeg har valgt å bruke Tuntlands(2005) definisjon av aktivitet. Tuntland definerer aktivitet som ”en virksomhet som opptar et menneske, fyller tiden og har personlig betydning og mening”(Tuntland 2005:14).

Uro

Uro defineres som en atferdsforstyrrelse, med henhold til min avgrensning. Uro kan utarte seg i form av vandring og rastløshet(Engedal og Haugen 2009).

Aldersdemens

Aldersdemens er demenssykdommer, uavhengig av årsak og type, som oppstår i høy alder(Engedal og Haugen 2009).

Institusjon

Dette begrepet kan forstås ulikt, konteksten avgjør betydningen. I samfunnsvitenskapen betegnes institusjon som: ”samfunnsmessige ordninger som er bygget opp av positivt sanksjonerte, sammenhengende og varige normer for samhandling rundt en bestemt gave i samfunnet”(Brodtkorb og Rugkåsa 2009:32). Denne definisjonen hentyder til samfunnsmessige ordninger. I vår dagligtale derimot omtaler vi institusjon som en plass mennesker bor i på grunn av sykdom, alderdom og funksjonshemninger. Samfunnsvitenskapen benytter også denne betydningen av institusjonsbegrepet(Brodtkorb og Rugkåsa 2009). Det er også dette jeg henviser til i min problemstilling.

3.0 METODE

Under dette kapittelet vil jeg beskrive metode og begrunne metodevalg. Samtidig vil jeg gjøre rede for validitet og reliabilitet av litteratur som er valgt ut for å belyse min problemstilling.

3.1 Litteraturstudie som metode

Vilhelm Aubert(Dalland 2008) definerer metode slik:” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland 2008:83). Metode er altså et hjelpemiddel vi bruker for å finne svar på noe vi vil undersøke. Metoden opplyser oss om hvordan vi bør gå frem for å finne informasjon og se på realiserbarhet(Dalland 2008).

Samfunnsvitenskapen skiller gjerne mellom kvantitativt orienterte og kvalitativt orienterte metoder. Dalland(2008:84) skriver følgende om kvantitative og kvalitative metoder: ”*Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler*”.

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Dette er en kvalitativ metode som kjennetegnes ved at den tar sikte på å innhente mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle(Dalland 2008:84). Kvalitative data samles via tekster, observasjoner, feltobservasjoner eller samtaler i ulike former(Linde og Nordlund 2010:115). At materiale som foreligger ikke kan måles, settes opp i grafer eller rangeres i tabeller, åpner for å vurdere ut i fra eget ståsted. Knut Halvorsen (2002:143) beskriver en situasjon der informasjon som innhentes er påvirket av forskerens tilstedeværelse, dette må sees på som en svakhet ved kvalitativ metode, der resultatene ikke nødvendigvis er representativt for samfunnet og etterprøvbareheten er lav. Leser av kvalitativt materiale må derfor i en hver anledning vurdere om teksten virker troverdig eller meningsbærende(Halvorsen 2002). Grunnen til at jeg har valgt å bruke kvalitativ metode er at jeg selv ønsker å drøfte tekster som allerede finnes på område – der disse er relevant for min problemstilling. Kvalitativt materiale kjennetegnes ved at det inneholder mange

opplysninger om få undersøkelsesenheter fremfor få opplysninger om mange undersøkelsesenheter(Halvorsen 2002:88). I mitt arbeid vurderer jeg at tekster med kvalitativt innhold, fremfor statistikk og tabeller, er viktigst for å belyse hvilken betydning aktivitet har for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens.

Litteraturstudie går ut på å oppsøke litteratur som er relevant for tema og problemstilling og ut i fra dette gå gjennom litteratur med et kritisk blikk. Litteraturgjennomgangen vil gi meg faglig forankring for å drøfte min problemstilling. Litteratur består av kunnskap om ulike teorier og kunnskap fra undersøkelser. Det er ikke en selvfølge at vårt konkrete problem finnes i en teori, vi må derfor ha evnen til å frigjøre oss og identifisere hvilke menneskelige egenskaper eller fenomener det handler om(Dalland 2008).

Min studie er bygd opp på grunnlag av en hermeneutisk tilnærming til kunnskap. Hermeneutikk er fortolkningskunnskap og går ut på å tolke og forstå det jeg studerer, altså gi innholdet en mening selv om det kan oppleves som uforståelig. Jeg tar med meg min forforståelse inn i mot det jeg vil undersøke, og videreutvikler min forståelse ved å tolke og forstå litteraturen jeg bruker, på min måte. Hermeneutikken bygger på å forstå mennesket eksistens gjennom menneskets handlinger, livsytringer og språk(Dalland 2008). Det er viktig for meg som kommende vernepleier å være bevisst på at vi alle har ulike forståelser for å kunne hjelpe og forstå den hjelpesøkende. Jeg vil også si at min studie har en positivistisk tilnærming, da den også bygger på faktakunnskap. Dette er forklarende kunnskap jeg trenger å ha med meg for å sette meg inn i sykdomsprosessen rundt demens.

3.2 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven fordi jeg ønsker å sette meg inn i teori rundt problemstillingen og diskutere rundt dette. Ved å velge litteraturstudie som metode er forskningen allerede gjort og jeg vil kunne se en sammenfatning av temaet. Jeg ønsker å sette meg inn i litteratur som allerede finnes for å øke min forståelse og opparbeide meg kunnskap slik at jeg som vernepleier kan gjøre en best mulig jobb i forhold til mennesker med demens.

Det ville også vært veldig interessant å utføre egne undersøkelser i forhold til dette temaet, men på grunn av oppgavens tidsperspektiv har jeg bestemt meg for å holde meg til eksisterende litteratur på området.

3.3 Egen forforståelse

Alle har vi ulike forforståelser, som er dannet på grunnlag av hvert enkelt menneskes erfaringer, sosiale og kulturelle bakgrunn og lærdom fra utdanning (Brodtkorb og Rugkåsa 2009). Forforståelse er altså forståelsen vi har tilegnet oss gjennom erfaringer og som vi bruker når vi tolker en situasjon eller hendelse.

Forforståelsen min for mitt utvalgte tema er basert på kunnskapen jeg har opparbeidet meg gjennom vernepleierstudiet og min arbeiderfaring med mennesker med demens. Jeg vet at forståelsen jeg har tilegnet meg gjennom arbeidserfaring kan være entydig med tanke på helhet, da jeg kun har arbeidet to steder hvor dette har hatt relevans. Det er også derfor jeg ønsker å belyse problemstillingen min, for å se hva teori og forskning sier om temaet.

Gjennom min arbeidserfaring har jeg tenkt mye på hvordan hverdagen er tilrettelagt for mennesker med demens i institusjon. Jeg har erfart at hver dag er lik og at det er de samme gjøremålene som går igjen. Jeg har derfor ofte stilt meg selv spørsmålet om mennesker med demens lider av mangel på stimulering?

Forforståelse basert på mine erfaringer er at aktivitet kan ha stor betydning for hvordan hverdagen utspiller seg for mennesker med demens. Jeg har følt det har vært feil at beboernes hverdag består av stell, mat og soving og at vi tjenesteytere ikke har tid til å tilbringe nok tid sammen med dem. Jeg har opplevd uro, fortvilelse og sinne. Mine erfaringer tilsier at mennesker med demens blir roligere når vi tjenesteytere tar oss tid til samvær og aktivitet med dem. På bakgrunn av at dette er min opplevelse og forforståelse, vil det ikke si at det er slik alle steder og jeg vet heller ikke om det ligger noe i mine synspunkter. Jeg ønsker derfor å finne ut av dette slik at jeg kan gjøre en best mulig jobb som vernepleier og at mennesker med demens kan få oppleve verdigheten de fortjener.

Jeg har også en forforståelse av at vernepleiere som profesjon ikke har kommet tydelig nok frem i demensomsorgen, på nåværende tidspunkt. Vi som vernepleiere ser mennesket bak

sykdommen og har som mål å jobbe for økt livskvalitet hos den enkelte tjenestemottaker og legge til rette for at de skal ha det best mulig uavhengig av livssituasjon.

Mine forforståelser tar jeg med meg i dette arbeidet, samtidig vil jeg opparbeide meg ny forforståelse som jeg vil ta med meg videre. Dette illustrerer den hermeneutiske spiralen(Dalland 2008), min forståelse, erfaring og kunnskap vil øke og stadig utvikles.

Det jeg ønsker å oppnå med denne studien er å få en større forståelse for om aktivitet kan ha en betydning for uro hos mennesker med demens.

3.4 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er nødvendige kriterier for at en oppgave skal ha troverdighet. Validitet står for relevans og gyldighet, det som skal måles må altså ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes(Dalland 2008:50). Reliabilitet kan defineres som pålitelighet og går ut på at målinger som utføres må være riktig og at eventuelle feil angis(Dalland 2008:51). For å oppnå dette er det viktig at jeg er kritisk til kildeutvalget mitt, dette kalles kildekritikk(Dalland 2008).

Kildekritikk handler om å vurdere og å karakterisere litteraturen som har blitt brukt i gjennom oppgaven. Gjennom kildekritikken vurderer jeg om litteraturen jeg har brukt belyser min problemstilling, både med tanke på relevans, gyldighet og pålitelighet. Hensikten med dette er at også leseren skal kunne ta en del av refleksjonene i oppgaven og blir informert om hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur(Dalland 2008).

Jeg synes det er vanskelig å gjøre rede for om mine kilder har pålitelighet. Som dedikert student vil jeg i likhet med andre innen samfunnsforskning ha et visst engasjement innenfor de tema jeg fordyper meg i og samtidig har jeg gjennom min utdanning lært å forholde meg kritisk til kilder, min forståelse er derfor knyttet til tilliten til mine funn.

En litteraturstudie krever at jeg som forsker benytter meg av mer enn bare pensumlitteratur(Dalland 2008). Jeg har brukt en blanding av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i min studie. Bøkene som har blitt brukt mest er Engedal og Haugen(2009), Kirkevold m.fl.(2008) og Solheim(2009). Dette er bøker jeg har anskaffet meg av egen

interesse og er litteratur utenfor pensum. Jeg har også brukt pensumlitteratur som blant annet er Linde og Nordlund(2010), Snoek og Engedal(2010), Dalland(2008), Brodtkorb og Rugkåsa(2009). Videre har jeg brukt Bibsys, biblioteksdatabase, i søk etter relevant litteratur som kan belyse min problemstilling. Søkeordene jeg har brukt her er demens, aldersdemens, alzheimer, mennesker med demens, aktivitet, brukermedvirkning, medvirkning, empowerment, deltakelse, uro og vandring. I tillegg til dette har jeg også utført søk på internett hvor jeg har brukt søkeordene demens, aldersdemens, alzheimer, aktivitet, sansehager og reminisens. Litteraturlisten vil gi en helhetlig oversikt over min kildebruk.

4.0 TEORIDEL

I dette kapittelet vil jeg presentere litteraturstudiet mitt ved gå dypere inn i begreper og belyse disse opp mot min problemstilling. Jeg vil se nærmere på demens, aktivitet, målrettet miljøarbeid og livskvalitet.

4.1 Hva er demens?

Ordet demens stammer fra gresk og betyr gal, avsendig. I et sykdomsperspektiv er demens en fellesbetegnelse for ulike tilstander som oppstår i hjernen, kjennetegnet av kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner(Snoek og Engedal 2010:170). Demens er en progredierende sykdom, dette vil si at skadene i hjernen som fører til demens og symptomer vil øke(Snoek og Engedal 2010).

Jeg har valgt å bruke ordet alderdemens i denne oppgaven. Dette er en fellesbetegnelse på de ulike demenslidelsene og kjennetegnes ved høy alder. Høy alder kan betegnes fra 65-70 årsalderen og oppover(Solheim 2009).

Engedal og Haugen(2009:17) definerer demens på følgende måte:

”en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd”.

For at begrepet demens skal kunne brukes må redusert hukommelse alltid være tilstede(Engedal og Haugen 2009).

I følge ICD-10, det internasjonale klassifiseringssystemet for sykdommer, er kriteriene for demens følgende(Engedal og Haugen 2009:18):

- ”I*
- 1. Svekket hukommelse, især for nyere data*
 - 2. Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)*

Mild: Virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet

Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre

Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig

II Klar bevissthet

*III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd;
minst ett av følgende:*

- 1. Emosjonell labilitet*
- 2. Irritabilitet*
- 3. Apati*
- 4. Unyansert sosial atferd*

IV Tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder”.

4.1.2 Ulike grupper av demenssykdommer

Det finnes ulike varianter av demens, disse deles opp etter årsaksforhold: degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens(Kirkevold m.fl. 2008).

Degenerativ demens er varianten som forekommer hyppigst. Den kjennetegnes ved at hjerneceller dør litt etter litt, på grunn av sykdommer av mer eller mindre ukjent natur(Engedal og Haugen 2009:19). Demens ved Alzheimers sykdom tilhører denne gruppen og det antas at ca 60 % av mennesker med demens lider av denne typen. Aldersdemens kommer først og fremst inn under denne gruppen og gruppen vaskulær demens(Engedal og Haugen 2009).

Vaskulær demens er den nest hyppige demensgruppen, den utgjør 20-25 % i følge undersøkelser. Dette er ikke en sykdomstilstand, men en ulik gruppe av demenstilstander med forskjellige årsaksfaktorer(Engedal og Haugen 2009). Årsakene er kjent, men forskjellige. Dette kan være skader i hjernens blodkar eller manglende blodtilførsel, som kan føre til at hjernen får for lite surstoff (Solheim 2009).

Den siste gruppen, sekundær demens, kan være forårsaket av for eksempel langvarig stor bruk av alkohol, hjerneskader og Aids. Her vil demens være ett av flere symptomer, demensen trenger i den forstand altså ikke å være hovedfokuset. Tilstandene av sekundær demens er typen som er mest sjelden hos eldre personer, hvis vi ser bort i fra alkoholisk betinget demens(Snoek og Engedal 2010).

4.1.3 Demens ved Alzheimers sykdom

Jeg velger å gå nærmere inn på demens ved Alzheimers sykdom, da dette er den vanligste typen for demens(Engedal og Haugen 2009). Alzheimer er oppkalt etter Alois Alzheimer, som var den første som beskrev sykdommen i 1901(Rokstad og Smebye 2009).

Alzheimers sykdom hører til under primær degenerative demenssykdommer, som kjennetegnes ved at sykdommen har oppstått ved ukjent årsak(Solheim 2009). Det er i dag ingen sikker kunnskap om årsaken til demens ved Alzheimer, men det kan med sikkerhet sies at aldring, arv og Downs syndrom er risikofaktorer(Engedal og Haugen 2009).

Demens ved Alzheimers sykdom kalles en eksklusjonsdiagnose, da diagnosen først kan stilles når alle andre sykdommer/skader kan utelukkes som årsak(Solheim 2009:28). Ved Alzheimers sykdom oppstår det karakteristiske forandringer i hjernen i form av atrofiering i kortikale og til dels subkortikale områder av storhjernen, som er resultat av celledød(Røkstad og Smebye 2009:30). Forandringene som skjer kjennetegnes også ved aldring generelt, men hos mennesker med demens skjer det vanligvis i større omfang(Daatland og Solem 2011).

Vi kan skille mellom to typer Alzheimer; demens ved Alzheimers sykdom med tidlig debut og sen debut. Forekommer denne ved tidlig debut, oftest før 65 år, er dette en mer hissig og hurtig type enn ved sen debut. Sykdommen kan debutere allerede i 30-50 års alder. Denne typen kan være arvelig betinget i noen tilfeller. Sykdommen utvikles raskt og demenssymptomer forekommer tidlig i sykdomsforløpet(Engedal og Haugen 2009). Ved sen debut vil symptomene være færre og sykdomsforløpet skje langsommere. I startfasen vil det være hukommelsessvikten som er mest fremtredende(Engedal og Haugen 2009).

Symptomer i en tidlig fase kan blant annet være at evnen til å lære nytt stoff reduseres, nylige hendelser glemmes, evnen til å resonneres reduseres og språkproblemer i form av ordletingsvansker. Det vil parallelt kunne oppstå angst, mistenksomhet og iblant synshallusinasjoner(Solheim 2009:30). I en senere fase vil symptomene kunne være svekkelse av hukommelse bakover i tid, egen identitetsfølelse og orienteringsevne. Mestring av dagligdagse aktiviteter reduseres og det kan oppstå feiltolkning og forvirring på grunn av problemer med å tolke sanseintrykk(Solheim 2009:30).

Engedal og Haugen(2009) skriver at de hyppigste atferdsendringene ved demens er apati og passivitet, men at den motoriske endringen også kan gå motsatt vei og gi utslag i rastløshet og motorisk uro.

I epidemiologiske studier som er foretatt kommer det frem at forekomsten av Alzheimers sykdom øker med stigende alder og at bare 2-3 % utvikler sykdommen før 65-årsalderen(Snoek og Engedal 2010). Forekomsten er høyere blant kvinner enn menn(Engedal og Haugen 2009).

4.1.4 Grader av demens

Demensforløpet kan vi dele opp i 3 faser. Vi har mild grad av demens, moderat grad av demens og alvorlig grad av demens(Engedal og Haugen 2009). Jeg vil i min studie konsentrere meg om moderat grad av demens, da det er i denne fasen behovet for konkret hjelp øker og institusjon ofte blir aktuelt(Rokstad og Smebye 2009). Moderat demens kjennetegnes ved at tilværelsen kan være kaotisk. Det er vanskelig å orientere seg, kommunikasjonsproblemer oppstår og det å håndtere dagligdagse gjøremål kan bli for komplisert. Ved å kjenne at disse funksjonene svikter, kan personen utvikle angst, fortvilelse, depresjon eller sinne(Kirkevold m.fl.2008).

Dette stadiet av demens kan vi finne igjen i Bergers-skalaen. Dette er en skala som inndeler progresjonen av demens ved Alzheimers sykdom i seks trinn. Mennesker som har kommet til trinn 4 og utover vil ha behov for tett oppfølging fra omsorgstjenester og videre døgkontinuerlig omsorg, bokollektiv og institusjon(Engedal og Haugen 2009).

4.2 Målrettet miljøarbeid

Horne og Øyen(2005:14) definerer miljøarbeid som ”en systematisk forandring av betingelser(inkludert egen og andre miljøarbeiders atferd) med sikte på å oppnå forandring i en eller flere personers atferd, hvor hensikten er å bedre personenes fungering i daglige omgivelser”.

Linde og Nordlund(2010:22) henviser til Fellesorganisasjonen for vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger og deres definisjon av miljøarbeid: ”en systematisk

tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker”.

Ved miljøarbeid er det fokus på individets egenskaper og omgivelsene rundt. Det kan jobbes med økt livskvalitet, utvikling, læring eller opprettholdelse av ferdigheter som mål (Linde og Nordlund 2010:22)

Rokstad og Smebye(2009:153) bruker begrepet miljøbehandling og refererer til Vatnes(2006) definisjon: ”Miljøbehandling er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter”. Videre tilføyer de selv at dette innebærer ”å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring”.

4.3 Hva er aktivitet?

Ordet aktivitet er i det norske språket et flertydig begrep. Tundtland definerer aktivitet som: ”en virksomhet som opptar et menneske, fyller tiden og har personlig betydning og mening”(Tuntland 2005:14).

På engelsk skilles det mellom activity og occupation. Tuntland(2005:13) bruker Holm og Ness(1997) sin oversettelse av ordet occupation, som er menneskelig aktivitet og virksomhet: ”å fylle tid og rom, altså å fylle, utnytte og strukturere tiden med forskjellige gjøremål gjennom dagen og året”. Activity defineres som oppgaver/handlinger(Tuntland 2005).

Tuntland(2005:182) referer til Jensen m.fl. (2003) som sier at oppgaver og handlinger er målrettet og rutinemessige plikter, mens aktivitet kan oppfattes som meningsfylt.

Det finnes indre og ytre dimensjoner av aktivitet. Den ytre aktiviteten viser seg i handlinger og oppgaveløsninger, mens den indre aktivitet er betydningen aktiviteten har for den enkelte personlig(Tuntland 2005:14).

Solheim(2008:94) skriver at ”i enhver aktivitet er både hukommelse, evne til å orientere seg i rom, oppfatte og forstå hensikten med oppgaven og selve det å mestre og utføre funksjoner deler av en operasjon”.

4.3.1 Reminisens

Reminisens er en minneaktivitet. Solheim(2009:254) skriver at ”reminisens er en aktiv og systematisk måte å formilde og utveksle endringer, tidligere erfaringer og opplevelser i livet på”. Dette er en metode som kan være nyttig å bruke for bearbeiding og for å oppnå aksept. I dagens eldreomsorg er dette en viktig behandlingsmetode(Solheim 2009:254).

Formålet med reminisens er å se tilbake på sin livshistorie på både godt og vondt og akseptere denne slik som den er. Solheim(2009) refererer til Heap(1990) som sier at individet forsterker opplevelsen av egen verdi og integritet ved å reminisere.

Reminisens kjennetegnes som en aktivitet som utføres individuelt eller i gruppe i norske sykehjem.

4.3.2 Sansehager

Landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød og spesialsykepleier Vigdis Drivdal Berentsen definerer sansehage på følgende måte:

”En sansehage er et inngjerdet, kultivert område som brukes i miljøbehandling for å stimulere til sanseopplevelser og aktivitet. Sansehagen er et organisert uteareal til glede og anvendelse for brukere, personale og besøkende. Sansehagen gir tilbud om sansning og rekreasjon og er et sted for naturlig observasjon av ferdigheter som motorikk, tempo, mestring, evne til samhandling og funksjoner som språkforståelse, evne til å uttrykke seg, hukommelse, utholdenhet samt konsentrasjons- og observasjonsevne”(Aldring og helse, Norsk utemiljø 2006:21).

Viktige kriterier for at en sansehage skal være god for mennesker med demens er at den er trygg og sikker å bruke, er avgrenset og har direkte tilknytning til boenheten(Berentsen m.fl. 2007:32).

Det foreligger retningslinjer for utforming av sansehager, Rokstad og Smebye(2009:158,159) refererer til Grefsrød(2002). Det må tas utgangspunkt i natur, samfunnsgeografiske forhold og stedets historie, hagen må være oversiktlig og bestå av sterke kontraster, avgrensning av hagen må være tydelig og hensiktsmessig, hagen bør inneholde sti som fører en rundtur gjennom hagen, beplantning som kan representere de ulike årstider og sitteplasser som er skjermet og lune.

Sansenhagen har som hensikt å bidra til god livskvalitet hos mennesker med demens ved at beboeren får mulighet til å komme seg ut i sansestimulerende omgivelser. Dette gir muligheter for ro, fysiske utfordringer og et miljø som mennesket med demens kan kjenne seg igjen i(Berentsen m.fl. 2007:31).

En sansehage skal gi uttrykk for ro, fysiske utfordringer, tilpassede sansestimuli, muligheter for sosialt samvær, kjente elementer og aktiviteter som kan være til hjelp for å vedlikeholde ferdigheter til mennesket med demens(Berentsen m.fl 2007:12)

4.4 Livskvalitet

Livskvalitet er et flertydig begrep som kan være vanskelig å definere. Vi vil hver enkelt ha en egen oppfatning av hva livskvalitet er. Jeg vil her se på begrepet og hva som legges i det.

Begrepet livskvalitet betyr i dagligtalen velferd(Brodtkorb og Rugkåsa 2009:123). Daatland og Solem(2011) refererer til Ringen(1995, 1997) som skiller mellom tre former for velferd, hvorav det ene er livskvalitet. Ringen(1995, 1997) beskriver her livskvalitet som velferd i form av trivsel og velvære, eller mistrivsel og mangel på velvære(Daatland og Solem 2011:262).

Livskvalitet har tilhørighet med følelsen av å mestre og hvordan vi opplever oss selv i situasjoner. Vår indre opplevelse av oss selv generelt, og i samspill med andre, er avgjørende for livskvalitet(Solheim 2009).

Eknes(2003:447) skriver at livskvalitet først og fremst handler om hvordan vi tenker og føler at vi har det, altså vår subjektive opplevelse. Han refererer til Mastekaasas, Moums,

Ness og Sørensen(1988) definisjon på livskvalitet: ”enkeltindividets bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser”(Eknes 2003). De følelsesmessige opplevelsene handler blant annet om glede, lykke, ubehag og bekymringer, og er graden på velvære. Mens den kognitive vurderingen og tankene kan gå ut på sammenlikning og bedømmelse, og er graden av generell tilfredshet(Karoliussen og Smebye 2006).

I følge Eknes(2007:447) definerer verdens helseorganisasjons livskvalitet som: ”personers oppfatning av sin egen posisjon i livet, i lys av aktuell kultur og verdssystemer og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av”.

Witsø og Teksum(1998:30) refererer til Stangvik i Solum(1994) om tre oppfatninger av livskvalitet. Livskvalitet kan forstås som: ”tilpasning til sosialt verdsatte livsformer, en subjektivt verdsatt livsform og helse i vid forstand”. Solum(Witsø og Teksum 1998:30) skriver at deltakelse i sosialt liv, anerkjennelse og verdsetting, kunnskaper og ferdigheter, frihet og selvstendighet er de mest vesentlige livskvalitetsdimensjoner. Dimensjonene må ikke alltid være tilstede, men de regnes som idealer og mål. I arbeid med mennesker med demens er det disse idealene det er ønskelig å jobbe mot.

For å oppnå disse dimensjonene beskriver Solum(ref. av Witsø og Teksum 1998:31,32) følgende aktiviteter oppdelt etter hver enkelt dimensjon. *Sosial deltakelse* kjennetegnes blant annet ved at mennesket deltar aktivt i ulike sosiale aktiviteter uavhengig av tid og sted og selv avgjør hvilken aktivitet det er ønskelig å delta i, med hvem og ikke utestenges fra en naturlig og ønsket aktivitet. *Verdsetting* kan kjennetegnes av at mennesket blir tillagt høy sosial rolle, blir sett på som et godt eksempel for andre og blir betraktet som en som representerer samfunnets verdier. Dimensjonen av kunnskaper og ferdigheter blir beskrevet som mestring. Høy grad av *mestring* forutsetter stimulering, trening og opplæring av nødvendig kunnskap og ferdigheter man trenger i møte med hverdagen. Mestring kjennetegnes også ved at mennesket er motivert og er i stand til å oppnå utvikling og mestring når forutsetningene ligger til rette for det. *Frigjøring* kjennetegnes blant annet ved at mennesket selv kan velge sin måte å leve på, i henhold til vanlige normer og forventninger. Mennesket er frigjort når grunnleggende behov og interesser, i lys av alder og kjønn, er tilgjengelig. Menneskets opplevelse av trygghet og egen helse kommer ovenfor livskvalitetsdimensjonene da de kan tas i betraktning, relateres og vurderes i forhold til disse(Witsø og Teksum 1998).

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg drøfte teori fra litteraturstudiet mitt opp mot min problemstilling. Drøfting handler om å diskutere og belyse ulike temaer fra forskjellige sider (Dalland 2008). Det jeg ønsker å oppnå med problemstillingen min er økt livskvalitet hos mennesker med aldersdemens, jeg vil derfor ta utgangspunkt i teorien om livskvalitet i drøftingen og drøfte opp mot teori og mine egne erfaringer i arbeidet med mennesker med aldersdemens.

5.1 Den aldersdementes opplevelse av å ha demens

Opplevelsen av å ha diagnosen aldersdemens vil være forskjellig for hvert enkelt menneske, da mennesker med aldersdemens er ulike som alle andre i samfunnet. Hvordan kan vi vite hvordan mennesket selv opplever å ha aldersdemens? Tar vi mennesket for gitt, ser vi bare sykdommen og dens konsekvenser? Dette kan være tilfelle. Vi opplever utallige situasjoner, repeterende kommunikasjon og uforklarlig atferd, dette kan føre til at vi glemmer mennesket for det det er og kun ser hva sykdommen gjør med mennesket. Erfaringsmessig vil jeg si at det kan være slik.

Engedal og Haugen (2009:51) refererer til Cheston og Bender(1999) som omtaler personfokuset tilnærming. Denne tilnærmingen fokuserer på at vi har fokus på personen - ikke selve hjerneskaden, personens egen opplevelse, ønsker og forståelse – ikke på kognitiv svikt, personens relasjon til andre mennesker og personens verdier, livsførsel og normer. Cheston og Bender(1999) mener at den viktigste oppgaven for oss helsepersonell i arbeid med mennesker med demens er å prøve å forstå deres subjektive verden(Engedal og Haugen 2009:51).

Engedal og Haugen(2009:52) sier at det er iøynefallende at undersøkelser som har blitt foretatt av demens har gått ut på intellektuelle forandringer og mindre på hvordan personen selv opplever å bli redusert. Dette tror de henholdsvis har årsak i at det er lettere å undersøke de intellektuelle forholdene enn endringer i atferd og oppførsel. Videre henviser de til en amerikansk artikkel hvor det skrives om at det er tusenvis av demente som undersøkes daglig, men at det sjelden har blitt kartlagt og undersøkt om den gamles egne opplevelser. Dette finner jeg også støtte hos i Andersson(2005), som beskriver venninnens

opplevelse av å ha fått diagnosen demens ved Alzheimer. Agneta, som den berørte heter, sier at hun ønsket å lese og lære om sykdommen sin, dette også ut i fra andres fortellinger om opplevelsen av å ha fått diagnosen for å kjenne seg igjen og finne formuleringer for sin egen følelse. Det som fremkom av litteratur var det medisinske og pårørendes perspektiv (Andersson 2005). Det å vite hvordan sykdommen oppleves tror jeg er viktig både for den berørte, tjenesteytere og pårørende. Solheim (2009:41) sier at for at vi som tjenesteytere skal kunne planlegge og å gjennomføre kontaktmessige og miljøterapeutiske tiltak er det en forutsetning at vi har innsikt i den alderdementes indre verden.

Teorien sier at i startfasen av en demenssykdom vil den berørte gjerne forstå at det er noe som er galt og vil være oppmerksom på sin glemsomhet og mangel på kontroll (Håkonsen 2009). Dette kan føre til depresjoner, noe som også kan forekomme i et senere stadium. Forskjellen her er at en som lider av mild grad av demens vil ha enklere for å uttrykke sine lidelser enn en med moderat eller alvorlig grad av demens. Dette skyldes at personen kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg, på grunn av sviktende språkfunksjon. Dette kan føre til at depresjoner overses eller mistolkes hos personer i en senere fase av demens (Kirkevold m.fl. 2008). Ved moderat og alvorlig utviklet aldersdemens blir personen avhengig av tilsyn og hjelp i institusjon, men kan på tross av dette fortsatt ha tidvis innsikt i sin egen situasjon (Håkonsen 2009).

Jeg fikk en gang høre dette fra en beboer med moderat demens: ”Jeg er heldig som holder meg så frisk selv om jeg begynner å bli gammel, det er ingenting som feiler meg, det er kun husken jeg sliter med. Da kan jeg ikke klage, det er folk som har det verre enn meg”. En annen dag sier den samme personen dette: ”Jeg klarer ingenting lenger, jeg er så glemsk. Dette unner jeg ingen å oppleve, jeg har det ikke godt”. Dette utsagnet illustrer godt hvordan et menneske kan oppleve å ha demens. I det ene øyeblikket er ikke personen klar over sin egen tilstand, mens i et annet øyeblikk er personen fullt klar over sin lidelse. Jeg har også opplevd det motsatte, at personen aldri viser innsikt i egen situasjon, jeg tror derfor at dette kan variere fra person til person.

Rokstad og Smebye (2009) henviser til Bryden (2005) som selv har fortalt om sin opplevelse av å leve med demens. Hun sier blant annet at en demenssykdom er svært stigmatiserende og at mange kjemper hardt for å skjule forandringene som skjer. Kan den være stigmatiserende? Jeg selv tror at det ligger noe i dette. Rokstad og Smebye (2009)

sier at et fullverdig liv, av mange, ofte sees på som at de kognitive funksjonene er vel bevart og at bevisstheten er klar. Undersøkelser som er utført i forhold til livskvalitet av mennesker med lett til moderat demens tilsier det motsatte, de gir uttrykk for at de har et godt liv. Samtidig er det mange som føler seg stigmatisert og utelukket i sosiale sammenhenger (Rokstad og Smebye 2009). Engedal og Haugen (2009) skriver også om undersøkelser som er utført. Dette er undersøkelser hvor mennesker med demens har blitt spurt om hvordan de har det. Her kommer det frem at de fleste har sterke følelser og oppfatning rundt situasjonen de er i. Mange føler at de ikke lenger har noen nytteverdig, at de ikke fungerer sosialt og at de er en byrde for andre. I institusjon er det gjort erfaringer som viser at selv om personen med demens er sterkt redusert, er deler av personlighet inntakt og de fortsetter med å være mennesker med stolthet og behov for å fortsatt være selvhjulpne i daglige gjøremål (Engedal og Haugen 2009:54).

Det er vanskelig å definere hvordan et menneske med aldersdemens opplever sin egen situasjon, det vil være individuelt ulike oppfatninger.

5.2 Livskvalitet og aldersdemens

Som teorien fra litteraturstudiet mitt viser, er livskvalitet et vidt begrep. Det finnes ulike definisjoner av hva som ligger i begrepet, og vi vil alle ha ulike syn på hva livskvalitet er. Hvordan kan vi da vite hva som er god livskvalitet for mennesket med aldersdemens?

Jeg selv tror god livskvalitet hos mennesker med aldersdemens er like viktig som hos oss andre. Vi har alle ulike kriterier som må være tilstede for at vi skal ha det bra, dette ville også gjelde mennesker med aldersdemens. Solum (ref. av Witsø og Teksum 1998:31,32) skriver om de fire vesentlige livskvalitetsdimensjoner, og at de er ønskelige å arbeide i mot i arbeid med mennesker med aldersdemens. Hver enkelt dimensjon inneholder aktiviteter som må eksistere for å oppnå de ulike dimensjonene. Er disse oppnåelig for mennesker med aldersdemens, og i det hele tatt for andre mennesker i samfunnet? Dette er høye krav og som fort kan sees på som uoppnåelige. Det skal sies at dette er idealer og mål for høy livskvalitet, men er det nødvendig med disse kriteriene for å oppnå god livskvalitet?

En av dimensjonene, som omhandler verdsetting, går blant annet ut på at mennesket blir tillagt en høy sosial rolle, blir sett på som et godt eksempel for andre og blir betraktet som

en som representerer samfunnets verdier(Witsø og Teksum 1998:31). Hvordan kan denne dimensjonen være med på å oppnå god livskvalitet hos et menneske med aldersdemens? Og er den oppnåelig i dagens samfunn? Mennesker med aldersdemens har et symptomforløp som tilsier en gradvis svekkelse av viktige funksjoner. Hukommelsen vil i en tidlig fase svekkes ved at nylige hendelser glemmes, men senere i forløpet vil også hendelser tilbake i tid glemmes. De kan også oppleve at orienteringsevnen og språkevner gradvis svekkes og flere symptomer vil i tillegg føre til at mestring av dagligdagse aktiviteter reduseres(Solheim 2009).

Denne symptomatologien og grunnleggende holdninger som finnes til aldersdemens i dag kan kanskje sette denne livskvalitetsdimensjonen i et negativt lys. Allikevel vil noen mennesker med aldersdemens ha lite innsikt i sin situasjon, og forholde seg til sin tidligere status i samfunnet og prøve å opprettholde denne. Jeg har av erfaring opplevd dette og sett at en slik livskvalitetsdimensjon kan være med på å øke livskvaliteten. Denne personen skulle alltid ta seg godt ut, snakket pent og høytidelig og var svært nøye på hvordan man tok seg ut i sosiale sammenhenger. Det var altså svært viktig for den nevnte personen å ha den tidligere statusen og la man til rette for dette, blomstret personen opp. Samtidig kan det også være mennesker med aldersdemens som lever dypt inne i sin indre verden og som ikke vil ha evnen til å påvirkes av ytre faktorer. Dette viser at denne livskvalitetsdimensjonen kan ha betydning for god livskvalitet for noen, men hos andre vil den ikke ha noen betydning.

5.3 Livskvalitet i institusjon

I dagens samfunn antas det at ca. 40 prosent av mennesker med demens bor i sykehjem(Engedal og Haugen 2009), samtidig forespeiles det at ca. 70 prosent av sykehjemsbeboere lider av en demenssykdom i ulik grad(Kirkevold m.fl.2008). Vi kan derfor se at det er mange mennesker med demens som må flytte på sykehjem. Hvordan oppleves dette for et menneske med aldersdemens? Det å flytte til et nytt sted i sen alder og måtte forholde seg til flere nye, fremmede mennesker og ukjente omgivelser kan være en stor overgang. Kanskje spesielt med tanke på at mennesket allerede er forvirret som følge av demenssykdommen. Hva gjør en slik forandring med livskvaliteten til mennesket med aldersdemens?

Jakobsen(2001) sier at det å bo i sykehjem kan sees på som en trussel for menneskets integritet, da det er mange holdepunkter som sier dette(Jakobsen 2007:56). Videre refererer Jakobsen(2007) til Heap(1994) som sier at integritet forutsetter at mennesket har en opplevelse av identitet, av autonomi og verdighet både ovenfor seg selv og andre. Denne integriteten kan trues hvis ett eller flere av disse elementene mangler og som igjen kan i utslag i fortvilelse, selvforakt, passivitet og depresjoner(Jakobsen 2007) Hva skjer med integriteten til mennesket med aldersdemens i institusjon?

Institusjonalisering kan beskrives som institusjonens styring av beboerens integritet og identitet og hvordan disse forutsetningene trues. Institusjonalisering sees på som en negativ betegnelse på institusjon(Jakobsen 2007).

Erving Goffman har gjennom sine studier av et psykiatrisk sykehus på 1950-tallet kommet med en beskrivelse av institusjonalisering. Han bruker betegnelsen ”den totale institusjon”. I tradisjonell forstand kan sykehjem sees på som en slik institusjon(Jakobsen 2007). En total institusjon beskriver han som en institusjon hvor menneskene er isolert fra samfunnet og lever sammen på en formell, innelukket og administrert måte(Jakobsen 2007:56). I motsetning til menneskene utenfor institusjon, foregår fritid, hvile, måltid og aktiviteter på samme sted og blir samtidig styrt av de samme menneskene. Menneskets liv blir regulert av institusjonen og mennesket har begrenset mulighet til å styre hverdagen selv. I forhold til mennesker med aldersdemens vil dette forsterke deres manglende kontroll på grunn av sykdommen de lider av(Jakobsen 2007).

Hva vil dette egentlig bety for livskvaliteten hos mennesker med aldersdemens? Jeg tror at mennesket med aldersdemens trenger forutsigbarhet, men at de samtidig bør oppleve valgfrihet og følelsen av å mestre for å bevare en viss grad av selvfølelse. Dette finner jeg støtte i hos (Solheim 2009:56) som skriver at det er viktig å bevare selvfølelse, egenverd og et positivt selvbilde for å oppleve livskvalitet. Samtidig skriver Eknes(2003:447) at livskvalitet handler om vår subjektive opplevelse, altså hvordan vi selv tenker og føler at vi har det. Ut i fra hva teorien sier her kan vi undres på om institusjonaliseringen som kan prege sykehjem har en negativ konsekvens for livskvaliteten hos mennesket med aldersdemens. Det at de lever på et sted hvor det kan virke som alt skal skje til bestemte tider og hvor det er liten grad av valgfrihet når det gjelder daglige gjøremål, kan føre til at personen føler seg mindre verdt og styrt av andre. Frihet og selvstendighet er en av

livskvalitetsdimensjonene som Solum(Witsø og Teksum 1998:31,32) mener er vesentlig for å oppleve god livskvalitet. Men hvilke muligheter har mennesket med aldersdemens til å velge sin egen måte å leve på i institusjon?

Jakobsen(2007:68) skriver at hovedmålet for omsorgstjenesten til personer med demens må være: ”å gjennom bekreftelse av personens identitet, integritet og iboende ressurser og skape forutsetninger for opplevelse av mestring, kontroll og trygghet”. Videre sier Jakobsen at i møte med mennesker med demens må holdninger og valg sees i lys av prinsippene beskrevet i målet. Prinsippene som viser mot hovedmålet må reflekteres i institusjonens system, innhold, kultur og hos hver enkelt pleier. Riktige holdninger og handlingsmønster er avgjørende – alt som ikke bidrar mot hovedmålet bør unngås eller omstruktureres i positiv retning(Jakobsen 2007).

Hvordan kan miljøarbeid og aktivitet bidra til å oppnå dette hovedmålet? Engedal og Haugen(2009:293) skriver at miljøbehandling i bruk hos mennesker med demens har som mål å redusere sykdommens følger og hjelpe den som er rammet til å oppnå en kvalitativt bedre hverdag. Videre sier de at miljøbehandling aldri vil kunne snu sykdomsutviklingen, men at den kan være med å bidra til at demensutviklingen forsinkes og at funksjonsevnen kan bedres på viktige områder. For å gjennomføre et godt miljøarbeid vil det forutsettes at vi tjenesteytere følger hovedmåletts innhold. Vi skal legge til rette for at mennesket med aldersdemens skal kunne oppnå en følelse av mestring og trygghet, dette betyr at vi må bli godt kjent med personen. Det samme gjelder for aktivitet, for å kunne tilpasse og finne aktuelle aktiviteter som kan passe for mennesket med aldersdemens, må vi sette oss inn i hvert enkelt menneskes tidligere liv og tilgjengelige ressurser.

5.4 Hva kan aktivitet bety for mennesket med aldersdemens?

Aktivitet har en naturlig tilhørighet til miljøarbeid for mennesker med aldersdemens. Rokstad og Smebye(2009:157) sier at hensikten med aktivisering er "å gi innhold i hverdagen, gi opplevelser, observere ressurser og funksjonssvikt, avlede fra sorg og smerte, vedlikeholde ferdigheter, stimulere sansene, trene, dempe uro, gi sosialt samvær, skape glede og tilhørighet". I miljøarbeidet bør det ikke bare tas sikte på å bedre fungeringsevne, men også legges vekt på livskvalitet ved at tiltaket som igangsettes

resulterer i økt trivsel(Engedal og Haugen 2009:293,294). Vi kan derfor se at aktivitet er en del av miljøarbeidet.

Erfaringsmessig vil jeg si at det er et stort gap i synet på om aktivitet er bra for mennesker med aldersdemens. Dette tror jeg ligger i at alle ikke har kunnskap om at begrepet aktivitet er flertydig og byr på utallige muligheter. Dette finner jeg støtte til i Tuntland(2005:182) som sier at aktivitet er et mangetydig begrep og at det helst skulle eksistert flere ord for å skille mellom de ulike betydningene. Gjennom min arbeidserfaring har jeg opplevd at flere tjenesteytere omtaler aktivitet som noe negativt i sammenheng med mennesker med aldersdemens. Det kan virke som noen ser på aktivitet som helt uaktuelt for tjenestemottakerne de jobber med, at det er nytteløst og vil skape unødvendig uro. I følge Rokstad og Smebye (2009:157) er det avgjørende at personalet har tro på aktivitet og at de ser på det som noe positivt for at aktivisering skal kunne lykkes.

Engedal og Haugen(2009) skriver at aktiviteter som trim, håndarbeid, musikk, rytme og dans har utbytte for mennesker med demens og at erfaringer av disse tiltakene har gitt utslag i bedring i forhold til sosial fungering, uro og generell trivsel. Jeg vil også tro andre aktiviteter kan gi utslag i de samme faktorene. Ved at mennesket med aldersdemens aktiviseres med en bestemt aktivitet som det føles tilhørighet til vil jeg tro kan være med på å redusere uro. Aktiviteten vil oppholde mennesket og kan gi utslag i tilfredshet. I følge Rokstad og Smebye(2009:156) har mennesker med aldersdemens fortsatt et behov for å være aktiv, dette for at de skal kunne bruke sine ressurser og være i samspill med andre og omgivelsene. I motsetning til tidligere i livet vil muligheten for selvstendig aktivisering nedsettes, forårsaket av sykdommen. Dette finner jeg støtte i hos Engedal og Haugen(2009) som sier at det å gi mulighet for aktivitet ikke er tilstrekkelig for mennesket med aldersdemens, heller ikke det å vente på at personen tar initiativ til en aktivitet. Erfaringer tilsier at initiativ og deltakelse fra andre er avgjørende for at mennesket med aldersdemens skal oppleve aktivitet.

Hva betyr aktivitet for livskvaliteten for et menneske med aldersdemens? Tuntland(2005) refererer til Fortmeier(1998) som sier at det å være engasjert i meningsfull aktivitet er med på å skape selvtilitt og identitet, noe som gjør at man føler seg mer vel og som motiverer til fortsatt engasjement. Som Solheim(2009) skriver er vår indre opplevelse av oss selv avgjørende for livskvalitet, det kan derfor se ut til at det å være engasjert i en meningsfull

aktivitet har betydning for livskvalitet. I tillegg ser vi også dette i Mastekaasas, Moums, Ness og Sørensen(1988) definisjon på livskvalitet: ”enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser”(Eknes 2003). Opplevelser aktivitet fører med seg kan altså bidra til bedre livskvalitet.

Under startfasen i arbeidet mitt med mennesker med aldersdemens spilte vi ofte kortspill i fellesskap med beboerne. Vi spilte det samme kortspillet hver gang, men ved et tilfelle foreslo jeg at vi skulle prøve et annet kortspill som jeg gikk ut i fra at flere hadde kjennskap til fra tidligere. Dette ble problematisk og skapte uro og forvirring. Solheim(2009) skriver at mennesker med aldersdemens kan ha vanskeligheter med å tilrettelegge seg nye handlingsmønstre. Det kan derfor sies at innlæring av noe nytt er lite hensiktsmessig. Det å planlegge aktiviteter som bygger på menneskets tidligere erfaringer og interesser er derfor viktig for å etablere kontakt mellom verden som vedkommende opplever å være i og den objektive verden(Engedal og Haugen 2009).

5.5 Aktiv bruk av reminisens for å øke livskvalitet?

Reminisens er noe som sees på som viktig for alle mennesker, og kanskje spesielt nødvendig hos eldre mennesker. Mennesker med aldersdemens er ikke noe unntak. Selv om reminisens vil kreve kognitive evner, som er redusert hos mennesker med aldersdemens, vil de som andre, ha behov for bearbeidelse av opplevelse og hendelser i livet. Det handler om å finne eksisterende ressurser hos den enkelte(Witsø og Teksum 1998).

Tidligere ble det å minnes fortiden sett på som "å gå i barndommen" eller at man var i ferd med å bli dement. Dette synet har endret seg i dag. Reminisens blir nå sett på som en viktig behandlingsmetode i eldreomsorgen(Solheim 2009). Hvorfor har det seg slik? Vil det å gå tilbake i sitt livsløp føre til positive konsekvenser for mennesket med aldersdemens? Jakobsen(2007) refererer til Finnema(2000) som har dokumentert at reminisens gir positivt utslag i sosial integrasjon, forbedring av kognitive evner og reduksjon av atferdsproblemer hos mennesker med demens(Jakobsen 2007).

Jeg personlig har opplevd både positive og negative utfall i arbeidserfaring ved å bruke reminisens. På noen kan det virke som det å ta frem igjen minner og dele disse med noen virker inn på at de blir mer avslappet og glad, mens hos andre kan dette gi negative utslag

som uro, tristhet og sinne. Dette kan ha sammenheng med todelingen av reminisensbegrepet som Jakobsen (2007) har referert av Kovach(1991). Validerende og beklagende reminisens. Det er altså en forskjell på hvordan reminisens kan brukes. Validerende reminisens handler om å trekke frem positive minner mennesket har, mens beklagende reminisens trekker frem negative hendelser i den hensikt å sørge over disse. Det kan derfor være det jeg opplevde gjennom arbeidserfaring da noen reagerte negativt, at det resulterte i å trekke frem dårlige minner. Samtidig kan det negative utfallet også være basert på at vedkommende ikke ønsker å dele sine minner med andre eller andre årsaker. Kovach(1991) sier også at å bruke reminisensarbeid på denne måten vil føre til at personen føler seg mislykket og dermed føle håpløshet og tomhet(Jakobsen 2007). Jakobsen(2007) refererer videre til Garland(1994) og Baro(2002) som sier at en slik type reminisens ikke egner seg for mennesker med aldersdemens.

Hvordan kan reminisens bidra til å øke livskvaliteten hos mennesker med aldersdemens? Gjennom reminisens kan mennesket kjenne igjen seg selv og gjennom dette få følelsen av å være hovedpersonen i sitt eget liv, dette er nødvendig for opplevelse av selvbilde og identitet(Jakobsen 2007). Selvbilde og identitet er viktige faktorer for å oppleve god livskvalitet. Rokstad og Smebye(2009:154) sier at aktiv bruk av minner vil være med på å støtte menneskets identitet. Samtidig vil det å trekke frem minner kunne føre til at mennesket med aldersdemens opplever en forbindelse med egen fortid som kan gi utslag i at selvfølelsen øker. Det har vist seg at systematisk bruk av denne typen aktivitet har ført til forbedret livskvalitet(Jakobsen 2007). Karoliussen og Smebye(2006) refererer til Lappe(1987) som gjennom undersøkelser fant at minneaktivitet var til god hjelp for humør og selvfølelse, samtidig ga den utslag i at livskvalitet og mental fungering ble bedret.

Jeg tror selv at reminisens som aktivitet styrker mennesket med aldersdemens. Det at de kan dele opplevelser med andre og vi tjenesteytere gjennom dette kan lage utdrag av minner slik at vedkommende kan se tilbake å mimre, kan være til hjelp ved uro, som er et av symptomene ved demens. Årsaker til uro kan være at mennesket med aldersdemens savner tidligere aktiviteter som hun/han tidligere har bedrevet tiden med(Engedal og Haugen 2009). Gjennom reminisens kan det derfor også for oss tjenesteytere hjelpe oss med å finne hvorfor et menneske med aldersdemens viser uro og hva vi kan gjøre for å gjøre situasjonen til noe bedre. Jakobsen(2007:92) skriver at det å ha kjennskap til den enkeltes livshistorie i demensomsorgen er avgjørende for et personorientert tilbud. For å

yte god omsorg og skape god kontakt med mennesker med demens bør denne typen kunnskap brukes aktivt(Jakobsen 2007).

Det å gå tilbake til liv og hendelser som ligger langt tilbake i tid kan også sees på som en terskel som må tråkkes over for å utføre miljøarbeid. Hos mennesker med demens kan nåtiden være ugjenkjennelig og fremmed, men ved å gå tilbake til tidligere hendelser i livet kan mennesket oppleve trygghet og bekreftelse på sin egen identitet(Engedal og Haugen 2009). Dette vil øke tjenesteyteres forståelse og kunne være til hjelp i utvikling av god miljøbehandling for den enkelte.

5.6 Aktiv bruk av sansehager for å øke livskvalitet?

Sansehager for mennesker med aldersdemens er et miljøbehandlingstiltak som har fått økt oppmerksomhet de siste årene(Kirkevold og Gonzalez 201:53), og det er i dag vanlig å tilrettelegge utemiljø i form av sansehager. Formålet med utemiljøet er at mennesket skal kunne få lettere tilgang til frisk luft, aktivisering og mestringsopplevelser(Rokstad og Smebye 2009).

Sansehager kan sees på som en aktivitet, da det gjennom hagen åpner muligheter for ulike aktiviteter. Vi kan allikevel skille mellom passiv og aktiv sansehagebruk. Kirkevold og Gonzalez(2012:60) har i sin forskningsartikkel referert til Hernandez(2007) som sier at passiv hagebruk forbindes med tilstedeværelse i sansehagen, ved hjelp av stimulering hvor mennesket kan oppleve frisk luft, sol og naturlige lyder som hører til naturen. Aktiv bruk av sansehagen er derimot målrettede aktiviteter som utføres i sansehagen. Det er greit med et slikt skille, men jeg vil si at passiv bruk av sansehagen også kan omtales som aktiviteter i sammenheng med mennesker med aldersdemens. Det at beboeren kommer seg ut i sansehagen er en aktivitet i seg selv. Sansehagen kan brukes til sosiale sammenkomster, aktiviteter tilhørende hagens innhold og benyttes passivt som beskrevet over. Mulighetene er mange, her er det kun institusjonen som kan sette begrensninger.

Sansehager kan gi muligheter for mange typer aktiviteter. Det er opp til personalet å legge til rette for at aktiviteter kan finne sted, her kan det også tenkes i retning av at tradisjonelle inneaktiviteter trekkes ut i hagen. I den forbindelse er det også viktig at utformingen av hagen åpner for et godt utvalg av aktiviteter som kan interessere beboerne og som de kan

kjenne seg igjen i (Berentsen m.fl. 2007). Rokstad og Smebye (2009:158) skriver at omgivelsene i sansehagen vil bety mye for menneskets selvhelbredelse av kropp og den daglige livsgleden.

En kjent forandring i demensforløpet er motorisk uro (Engedal og Haugen 2009). Hvordan kan aktiv bruk av sansehagen redusere uro og bedre livskvalitet? Berentsen (2007) skriver at det å komme ut i naturlige omgivelser i felleskap med bekjente kan bidra til å minske uro. Larsen (2012:65), som har kommet med innspill til Kirkevold og Gonzalez (2012) forskningsartikkel, sier at hun praktisk har erfart at passiv og aktiv hagebruk bidrar til at søvnen blir bedre, at uroen demper seg og at det skaper trivsel.

Jeg har gjennom arbeidserfaring opplevd at menneskene med aldersdemens påvirkes forskjellig ved bruk av sansehage. Noen er negativ til å gå ut fordi de er innstilt på at det er kaldt eller for varmt, mens andre har vist positive atferdsendringer og tilfredshet. Samtidig har de som har vært negativ blitt med ut ved noen anledninger, og dette har gitt positivt utslag for dagsformen. Jeg vil allikevel si at jeg har sett mest positive effekter av å bruke sansehagen. De har vist glede over omgivelsene og kjent seg igjen gjennom elementer som finnes i hagen. De som har vist stor motorisk uro har gjennom bruk av sansehagen kunne beveget seg mye og som et resultat av dette blitt roligere samme dag. Jeg har ikke opplevd noen varig effekt gjennom erfaring enda. Rokstad og Smebye (2009:160) henviser til en evalueringsstudie fra Canada som konkluderer med at menneskene som bruker hagen mest, viser mindre tegn til uro enn de som bruker hagen lite. I tillegg sier Berentsen m.fl. (2007:124) at det er rapportert fra flere hold om at det viser nytte for mennesker som lider av motorisk uro å være ute. De aller fleste har vist bedring i å bli mer avslappet ved å bruke hagen, mens hos noen har uroen blitt verre.

I forskningsartikkelen, *"Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens"* (Kirkevold og Gonzalez 2012:52), hvor femten studier ble inkludert, hvorav effekt av sansehage, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs ble undersøkt, ga funnene antydninger til at denne type miljøbehandling kan redusere blant annet urolig atferd, øke trivsel og funksjonsnivå.

Bruk av sansehager kan også kobles til reminisens. Sanseopplevelser kan bidra til at mennesket med aldersdemens gjenkjenner tidligere opplevelser. Det å gjenkjenne det man

ser, hører, lukter, smaker eller kjenner kan utvikle en trygghetsfølelse hos personen som kan føre til at sanseopplevelsen vekker minner. Her kan det vekkes minner ved hjelp av elementer som er plassert i hagen, for eksempel utedo, trebåt, fiskegarn, blomsterbed, vanddam, benker og lignende. Gjennom disse gjenstandene kan de gjenkjenne tidligere opplevelser ved hjelp av å bruke synssans, høresans, luktesans og smaksans(Berentsen m.fl. 2007). Når sansehager kan føre til følelsesmessige opplevelser, vil dette kunne være med på å bedre livskvaliteten.

6.0 AVSLUTNING

I dette kapittelet vil jeg komme med en kort oppsummering av oppgavens innhold, legge frem konklusjon og avslutte med en kort refleksjon.

6.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvilken betydning aktivitet kan ha for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens. Gjennom litteraturstudie som metode har jeg tatt for meg litteratur om demens, målrettet miljøarbeid, aktivitet og livskvalitet.

Reminisens og sansehager er aktivitetstyper jeg har vurdert spesielt. Jeg har sett på hvilken betydning disse aktivitetene kan ha for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens og videre hva dette kan bety for livskvaliteten deres. Videre har jeg drøftet mine erfaringer og teori opp mot hverandre i lys av min problemstilling.

6.2 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg gjennom teori, drøfting og bearbeiding belyst hvilken betydning aktivitet kan ha for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens i institusjon. Ut i fra at forekomsten av demenssykdommer forventes å øke, ser jeg at det kan ha en hensikt å legge vekt på målrettet miljøarbeid for at mennesket med aldersdemens kan oppleve en best mulig hverdag.

Teori om aktivitet, på generelt grunnlag, indikerer at aktivisering kan ha betydning for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens, og at den kan være med på å skape identitet og økt selvfølelse. Ved bruk av reminisens som aktivitet viser litteraturen at denne type aktivitet kan redusere atferdsproblemer og bidra til økt livskvalitet. Litteraturen jeg har tatt for meg om sansehager tyder på at bruk av sansehager kan være med på å redusere uro hos mennesker med aldersdemens, det skal også nevnes at bruk av sansehager har ført til mer urolighet hos noen, men dette forekommer i sjelden grad. Det kommer også frem at de som bruker sansehagen mye, viser mindre tegn til uro enn de som bruker hagen lite.

Ut i fra min litteraturstudie kan det se ut til at aktivitet har positiv effekt for å redusere uro hos mennesker med aldersdemens.

6.3 Refleksjon

Gjennom å ha arbeidet med denne oppgaven over lengre tid og satt meg godt inn i mye litteratur på området, har det ført meg videre i tankeprosessen rundt demensomsorg. Jeg har fått en større forståelse for hvordan det kan oppleves å ha diagnosen demens og forklaringer på hvorfor ulike atferdsendringer kan oppstå. Samtidig ser jeg nå hvor viktig det er at vi tjenesteytere har kunnskap om sykdommen og legger til rette for miljøarbeid for mennesker med demens. Det er så mye vi kan gjøre for at de skal oppleve trivsel og trygge omgivelser.

Viktigheten av vår jobb har kommet tydelig frem i arbeidet med denne oppgaven, og det får meg til å stille spørsmål ved om demensomsorgen i dag er godt nok rustet til å takle de ulike utfordringene demens fører med seg. Mennesket med demens, er et unikt individ, på lik linje med alle andre i samfunnet – jeg er redd for at det er et for stort fokus på sykdommen, i stedet for å se det enkelte menneske. Har tjenesteyterne for lite kunnskap om hvordan det oppleves å ha demens og hva som er bra/ikke bra for den enkelte? Glemmer de at det finnes et menneske bak sykdommen? Om det er slik er vanskelig å si, men dette er noe jeg kunne tenkt meg å sett nærmere på. For det er nemlig vi, som tjenesteytere, som kan være med på å bidra til at mennesker med demens kan få en god og verdig avslutning på sine siste leveår.

Vi må aldri glemme at mennesker med demens, er mennesker de også, med følelser og identitet som er viktig å bevare, selv om sykdommen er tilstede!

7.0 LITTERATURLISTE

Andersson, Birgitta(2005). *Så lenge jeg kan vil jeg fortelle. Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sykdom*. Luther Forlag, Oslo 2008.

Berentsen, Vigdis Drivdal, Ellen-Elisabeth Grefsrød og Arnfinn Eek(2007). *Sansehager for personer med demens. Utforming og bruk*. Forlaget aldring og helse 2007.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa(2009). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem(2011). *Aldring og samfunn*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Dalland, Olav(2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk forlag 2007.

Eknes, Jarle(2003). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Forfatterne og universitetsforlaget 2000.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen(2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse 2009.

Halvorsen, Knut(2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. J.W. Cappelens Forlag as, Oslo 2002

Horne, Hans og Bjarne Øyen(2005). *Måltrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse. Del 1. Læringsteori og dagliglivets pedagogikk*. G.R.D. Forlag 2005.

Håkonsen, Kjell Magne(2009). *Innføring i psykologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Jakobsen, Rita(2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye(2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000.

Kirkevold, Marit og Marianne Thorsen Gonzalez(2012). *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*. Sykepleien forskning 2012 7(1):52-64. 03.04.2012.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff(2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.

Larsen, Ida Merethe Dæhlen(2012). *Hagebruk demper uro og skaper trivsel*. Sykepleien forskning 2012 7(1):65-65. 18.04.2012.

Linde, Søvli og Inger Nordlund(2010). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Universitetsforlaget 2006.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye(2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Akribe AS 2008.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal(2010). *Psykatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. Akribe Forlag 2000

Solheim, Kirsti(2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget 2009.

Tuntland, Hanne(2005). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. N.W. DAMM & SØN AS 2005.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Berit Teksum(1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Forfatterne og Tano Aschehoug 1998.

Nettsider

Aldring og Helse, Norsk Utemiljø 5-06. *Fjern og nær*. Hentet fra:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=625>

Fellesorganisasjonen. *Profil som beskriver vernepleieren*. Hentet fra:

<http://www.fo.no/vernepleieren/category230.html>

Helse og omsorgsdepartementet(2011). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Hentet fra:

http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf

Helsedirektoratet 2011. *Diagnose kodeverk ICD-10*. Hentet fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx>

Regjeringen 2005. *Rammeplan for vernepleiere*. Hentet fra:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Selvvalgt litteratur

Andersson, Birgitta(2005). *Så lenge jeg kan vil jeg fortelle. Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sykdom*. Luther Forlag, Oslo 2008.

Berentsen, Vigdis Drivdal, Ellen-Elisabeth Grefsrød og Arnfinn Eek(2007). *Sansehager for personer med demens. Utforming og bruk*. Forlaget aldring og helse 2007.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem(2011). *Aldring og samfunn*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen(2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse 2009.

Halvorsen, Knut(2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. J.W. Cappelens Forlag as, Oslo 2002

Håkonsen, Kjell Magne(2009). *Innføring i psykologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.

Jakobsen, Rita(2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye(2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff(2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye(2009). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Akribe AS 2008.

Solheim, Kirsti(2009). *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Universitetsforlaget 2009.

Tuntland, Hanne(2005). *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. N.W. DAMM & SØN AS 2005.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Berit Teksum(1998). *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Forfatterne og Tano Aschehoug 1998.