



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Demens og opprettholdelse av hverdagslige aktiviteter
Dementia and daily living

Vestad, Marthe

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 13.06.2014



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: Atle Ødegård

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: 9510

Forord

Hva ser du søster?

Hva ser du søster i din stue?

*En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket,
litt grisert og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt,
men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.*

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?

*Lukk øynene opp og SE - det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.*

*Jeg er pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!*

*Jeg er ungmø på 16
med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn,
jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.
Så dør min mann,
jeg blir ensom med sorgen,*

*og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn og hjem,
det er så mye som opptar dem.*

*Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot blir snart
tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter -
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes:
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.*

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

Hva ser du søster?

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

Diktet ble funnet i nattbordskuffen til en engelsk kvinne på sykehjem, etter at hun døde. Oddny Reitan har oversatt til norsk. (Demens og tro)

Sammendrag

Temaet for bacheloroppgaven er *demens og opprettholdelse av hverdagslige aktiviteter*. Grunnen til at temaet falt på dette, er på bakgrunn av praksis og arbeidserfaringer. Problemstillingen er *hvordan kan vernepleiere bidra til at hverdagslige aktiviteter kan opprettholdes hos mennesker med demens?*

I metodekapittelet har jeg skrevet om metodevalg. Jeg har brukt litteraturstudie som metode, slik at jeg har hatt mulighet til å sette meg inn i ny teori som er relevant i forhold til problemstillingen. Søkeordene for litteraturen jeg har funnet, har vært *demens, eldre, miljøarbeid, aktivitet og ADL-ferdigheter*. Forfattere som er mye brukt er Engedal og Haugen (2006), Tuntland (2006), Grung, Wærness og Ellingsen (2010) og Linde og Nordlund (2013). Oppgaven er skrevet ut fra et hermeneutisk perspektiv, det vil si at jeg skal tolke, forstå og gi mening til det som er uklart. Jeg har tatt med om min egen forforståelse, og skrevet at det jeg skriver kan ha blitt påvirket av den. I slutten av metodekapittelet har jeg skrevet om validitet som står for relevans og gyldighet, og reliabilitet som står for pålitelighet.

I teori og empirikapittelet har jeg skrevet teori og funn om demens generelt. Deretter har jeg skrevet om tre demenssykdommer som faller inn under begrepet aldersdemens, som jeg har valgt å begrense oppgaven min til. De tre demenssykdommene er *demens ved Alzheimers sykdom, demens ved Lewylegemer og vaskulært betinget demens*. Videre har jeg skrevet om gradene av demensforløpet. De kan deles opp i tre; *mild grad av demens, moderat grad av demens og alvorlig grad av demens*. Det jeg skriver mest om i oppgaven er moderat grad av demens. Jeg har også tatt med kort om utredning av demens. Det som er viktig når en person skal utredes for demens, er å avklare om det er en hjerneorganisk sykdom som gir demenssymptomer, eller om det kan være andre årsaker til det. Litt om bruk av psykofarmaka er også tatt med. Dette er angstdempende, antidepressive og antipsykotiske medikamenter, og noen kan oppleve at de blir sløve ved bruk av dette. Jeg skriver om ADL-ferdigheter, som er en samlebetegnelse for hverdagslige aktiviteter. ADL-begrepet kan deles i to; *PADL* som går ut på personlig omsorg, og *IADL* som går på bruk av verktøy, for eksempel bruk av transportmiddel. I demensomsorgen er det PADL som er mest brukt, fordi dette er aktiviteter som kan være enklere for eldre personer. Vernepleierens kompetanse er tatt med, og arbeidsmodellen er trukket inn for å vise hvordan et tiltak kan tilrettelegges. Marte Meo – metoden, som også er en

kartleggingsmetode i form av videoopptak, er også nevnt. Til slutt i teori og empirikapittelet har jeg tatt med litt om målrettet miljøarbeid, som handler om å tilrettelegge for at personer skal klare å utføre mest mulig av hverdagslige aktiviteter selv.

I drøftingen trekker jeg inn teori og egne meninger for å belyse problemstillingen.

I konklusjonen tar jeg opp noen av måtene en vernepleier kan tilrettelegge for at personer med demens skal opprettholde sine ADL-ferdigheter, og hvordan de kan oppleve mestring.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere?	1
1.3	Formålet med oppgaven	2
1.4	Oppgavens disposisjon	3
2.0	Problemstilling	4
2.1	Problemstilling	4
2.2	Begrunnelse for, avgrensning av problemstillingen og definisjon av begreper i problemstillingen	4
3.0	Metode	6
3.1	Litteraturstudie som metode	6
3.2	Egen for forståelse	7
3.3	Validitet og reliabilitet	8
4.0	Teori og empiri	10
4.1	Hva er demens?	10
4.1.1	Demens ved Alzheimers sykdom	11
4.1.2	Demens ved Lewylegemer	12
4.1.3	Vaskulært betinget demens	13
4.1.4	Grader av demens	14
4.1.5	Utredning av demens	15
4.1.6	Bruk av psykofarmaka	16
4.2	ADL-ferdigheter	17
4.3	Vernepleierens kompetanse	18
4.3.1	Målstøttet miljøarbeid	20
5.0	Drøfting	22
5.1	Hvordan fungerer personer med demens i hverdagen?	22
5.2	Vernepleieren i demensomsorgen	25
5.2.1	Miljøarbeid	26
6.0	Avslutning	29
6.1	Oppsummering	29
7.0	Litteraturliste	31

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er demens og opprettholdelse av hverdagslige aktiviteter. Bakgrunnen for dette temaet er erfaringer jeg har gjort gjennom praksisstudier og undervisning på skolen. Gjennom praksis har jeg erfart at når mennesker med demens får delta på en aktivitet og bruke kropp og sinn, lever de mer i øyeblikket og de kan glemme sin livssituasjon for en liten stund.

I min fordypningspraksis var jeg 11 uker på et dagsenter for mennesker med demens. Der var de flinke til å finne på ulike aktiviteter ut i fra pasientenes ressurser og bakgrunn. Disse aktivitetene kan illustreres med to eksempler. Det første var en mann som likte å arbeide ute og som fungerte som en vaktmester. Da fikk han være med å ordne det som trengtes utendørs, noe han sa at han satte pris på. Ei dame som likte å lese, fikk ofte ha høytlesning for de andre da de satt inne, og de som ville, fikk være med å rydde og ta av bordene etter måltidene.

Jeg har gjennom de siste tre årene reflektert mye over om funksjonene til mennesker med demens kan opprettholdes bedre dersom det blir tilrettelagt for det. Jeg har også reflektert på om hvorvidt aktivitet og deltakelse i egen hverdag kan bidra til å sinke utviklingen av sykdommen.

1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere?

Vernepleiere er autorisert helsepersonell med 3-årig utdanning på høyskole, og har gjennom studiet kvalifisert seg til å utføre miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. De tilrettelegger for utvikling, forebygger funksjonssvikt og fremmer økt livskvalitet ved å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser (FO, Vernepleieren).

Slik jeg ser det, kan det være gunstig at vernepleiere jobber i eldreomsorgen, og da gjerne innen demensomsorgen. Vernepleiere kan hjelpe til å tilrettelegge for at funksjonene til demensrammede skal opprettholdes. I tillegg kan personer som har en demensdiagnose ha vanskelig for å uttrykke behovene sine. I slike situasjoner kan kompetansen til vernepleieren være nyttig. En vernepleier har på bakgrunn av sin utdanning et mer åpent

blikk i møte med mennesker og kan se behovene til et menneske tydelig. Ufaglærte som kommer i en situasjon hvor en person ikke greier å uttrykke seg, har kanskje ingen kompetanse til å klare å se behovet til denne personen (Linde og Nordlund 2013).

Engedal og Wyller (2003) sier at stimulering av hverdagslige aktiviteter kan ha positiv effekt på atferd. Alle institusjonsheter som har omsorg for personer med demens, bør sette opp et program med utgangspunkt i aktiviteter som hverdagen byr på. Da kan profesjonelle helsearbeidere kartlegge ressursene til personene med demens, for å avgjøre hvilke hverdagslige aktiviteter de kan klare å gjennomføre (Engedal og Wyller 2003). Ut i fra dette ser jeg at en vernepleier har en kompetanse som er relevant i demensomsorgen.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å belyse et dagsaktuelt tema. I dag finnes det omkring 71000 mennesker med en demenssykdom, og man regner med at det vil være ca 10000 nye personer som rammes hvert år (Helsenorge, Hva er demens?).

Da tallet for mennesker som rammes av denne sykdommen er såpass høyt og kommer til å stige i framtiden, er det viktig at helsepersonell har en bred kompetanse om sykdommen. Det er også viktig at yrkesutøveren ser hele mennesket og dets ressurser og setter i verk tiltak som tillater at mennesket får bruke disse ressursene. Det at det er et økende antall personer som får en demensdiagnose, vil berøre både institusjoner, tjenesteytere og pårørende i tillegg til personen selv. Som snart nyutdannet vernepleier, vil det være viktig for meg å tilegne meg mest mulig kunnskap om dette aktuelle temaet, slik at jeg kan gjøre en god jobb når jeg kommer i arbeid med demensrammede personer.

Med denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan vernepleieren kan tilrettelegge for et godt tjenestetilbud for en person med en demenslidelse, ut ifra funksjonsnivå og tjenestebehov. Det handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og jobbe ut ifra personens sykdomshistorie, behov og ønsker. Ved å møte personen med respekt og verdighet, vil tjenestetilbudet være av god kvalitet. Samtidig må tjenesteyterne kunne jobbe tverrfaglig, for å gi et best mulig tilbud for personen med demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, Demensplan 2015). Jeg ønsker også å se på om hverdagslige aktiviteter har innvirkning på sykdomsforløpet, eller om det bare er medisin som har en innvirkning

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er i hovedsak disponert ut i fra høyskolen i Molde sin disposisjonsmal for bacheloroppgaver. Oppgaven tar også utgangspunkt i Olav Dallans bok, *Metode og oppgaveskriving*.

I kapittel 1 presenterer jeg temaet for oppgaven, hvorfor jeg valgte temaet og hva jeg ønsker med oppgaven. I kapittel 2 presenteres problemstillingen. Her har jeg tatt med avgrensning og definisjoner på begrepene som er brukt. Kapittel 3 er metodekapitlet der jeg tar for meg hvilken metode jeg har brukt for å finne relevant litteratur, min forforståelse og validitet og reliabilitet. I kapittel 4 kommer teori og empiridelen. Den handler i hovedsak om demens, ADL-ferdigheter og vernepleiernes kompetanse. Kapittel 5 er kapitlet hvor jeg drøfter teori opp mot problemstillingen. I kapittel 6 kommer avslutning og oppsummering.

2.0 Problemstilling

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere problemstillingen min, samt begrunne og avgrense den. Jeg vil også definere ulike begreper som er med i problemstillingen.

2.1 Problemstilling

Hvordan kan vernepleieren bidra til at hverdagslige aktiviteter kan opprettholdes hos mennesker med demens?

2.2 Begrunnelse for, avgrensing av problemstillingen og definisjon av begreper i problemstillingen

Jeg kom fram til denne problemstillingen på bakgrunn av at dette er noe jeg interesserer meg for, og at jeg kommer til å jobbe en del med mennesker som har demens. Gjennom de ulike praksisperiodene jeg har hatt i løpet av utdanningen, har jeg sett hvordan ulike yrkesprofesjoner tilrettelegger for aktiviteter for denne pasientgruppen. Jeg har erfart gleden pasientene viser når de mestrer en oppgave eller en aktivitet. Dette har gitt meg inspirasjon til å utvikle min kompetanse om sykdommen og hvordan en kan tilrettelegge for aktivitet i hverdagen.

For tiden arbeider jeg også en del i hjemmetjenesten, og noen av menneskene jeg har vært på tilsyn hos, har blitt flyttet inn på et sykehjem på grunn av en demenssykdom. Jeg er ofte inne på sykehjemmet og hilser på disse menneskene. Det som er veldig synd å se, er at de fleste har mistet så mange av funksjonene sine, at de ikke lenger er i stand til å gjøre det de mestret tidligere før de flyttet inn på sykehjemmet.

Ved å skulle svare på denne problemstillingen, vil jeg få en del kunnskap om demens og aktivisering. Dette er noe jeg vil ta med meg og jobbe med videre i arbeidslivet, slik at menneskene med demens ikke taper funksjonene sine så fort.

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til mennesker med demens på sykehjem. Grunnen til at jeg valgte sykehjem, er fordi at jeg kommer til å jobbe på sykehjem, og vil da møte en del mennesker som har fått en demensdiagnose. Demenssykdommene kan deles inn i tre hovedgrupper, og det er degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens. Disse demenssykdommene har som fellestrekk at hukommelsen reduseres, tale-

og språkforståelsen svekkes, orienteringsevnen svekkes, dømmekraften svekkes og funksjonsevnene i dagliglivet reduseres (Henningstad og Hustadned 2013:24). Jeg har valgt å bruke begrepet *aldersdemens*, som er en fellesbetegnelse på eldre mennesker med demens, gjennom hele oppgaven. Jeg kommer også til å skrive *personer med demens*, fordi jeg vil ta for meg alle mennesker på sykehjem med demens uavhengig av type demenssykdom. Det jeg vil gjøre, er å avgrense det til moderat grad av demens, fordi mennesker med moderat grad av demens vil som oftest ikke klare seg uten hjelp fra andre, og det er gjerne da mennesket har fått en sykehjemsplass (Rokstad og Smebye 2008:29).

Jeg har benyttet meg av begrepet *hverdagslige aktiviteter*. Med dette mener jeg ADL-ferdigheter som står for *Activities og Daily Living*, eller *dagliglivets aktiviteter*. Det som kjennetegner ADL-ferdigheter, er at man opplever mestring ved å gjennomføre slike aktiviteter. Mennesker med demens, kan ha behov for profesjonell hjelp til å mestre disse aktivitetene (Tuntland 2011:17f.). Når jeg har skrevet *hverdagslige aktiviteter* i oppgaven, mener jeg aktiviteter som å kle på seg, kle av seg, pusse tenner, vaske hender og gå på toalettet.

I oppgaven har jeg skrevet *helsepersonell*, og med dette mener jeg alle som jobber på sykehjem. Dette kan for eksempel være vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere. Vernepleieren har gjennom utdanningen utviklet en kompetanse gjennom arbeid med funksjonshemmede, noe som også vil si aldersdemente. Måltrettet miljøarbeid er noe vernepleiere tilegner seg kunnskap om i løpet av studiet. Ved måltrettet miljøarbeid styrkes eller opprettholdes den dementes kompetanse eller ferdigheter ved å tilrettelegge for det. Vernepleiere benytter seg av den helhetlige arbeidsmodellen for eksempel for å kartlegge funksjonsnivået til den demente. Ved å gjøre dette, kan en komme frem til en god balanse mellom omsorg og selvstendighet (Witsø og Teksum 2007:77).

3.0 Metode

I dette kapittelet beskriver jeg og begrunner valg av metode som er blitt brukt for å skaffe den informasjonen jeg trenger for å svare på problemstillingen. Vilhelm Aubert (1985) 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 2007:83).

Slik jeg forstår det, er metode et hjelpemiddel vi skal ta i bruk for å finne informasjon til undersøkelsen vi skal gjøre. Generelt skilles det i metodelitteraturen mellom kvantitativt orienterte metoder og kvalitativt orienterte metoder. Dalland (2007) skriver at kvantitativt orienterte metoder tar sikte på å forme informasjonen til målbare enheter, mens kvalitative orienterte metoder tar sikte på å fange opp mening og opplevelse. Disse to metodene har til felles å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland 2007:84).

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie i denne oppgaven. Ved å gjøre det, har jeg fått muligheten til å sette meg inn i teori som er relevant i forhold til problemstillingen. På denne måten har jeg økt min forståelse for mennesker med demens, samtidig som jeg har fått en bredere kunnskap om temaet. Det er mange metoder som kunne vært aktuelle og bruke for å innhente informasjon til problemstillingen. For eksempel kunne jeg ha brukt observasjoner, samtale, litteratursøk eller spørreskjema. Jeg ser det som mest hensiktsmessig å bruke litteraturstudie som metode på grunn av tiden jeg har til rådighet.

Aveyard (2007) definerer litteraturstudie slik: *En dekkende granskning og tolkning av litteraturen som finnes på et bestemt område/om et bestemt tema (Høgskolen i Gjøvik, litteraturstudie).*

For å finne relevant data, leter jeg i sammenhengende og beskrivende tekster om personer, miljø og hendelser. I denne oppgaven vil det si mennesker med demens på sykehjem

(Linde og Nordlund 2013:115). Teorien jeg finner som er relevant for problemstillingen, kommer jeg til å drøfte. I tillegg har jeg vurdert at tekster med kvalitativt innhold er viktigere enn statistikk og tabeller, for å finne ut hvordan vernepleiere kan bidra til hverdagslige aktiviteter for personer med demens. Jeg har hele tiden hatt et kritisk blikk på teorien jeg har funnet, om den er troverdig eller ikke, fordi at kvalitativt materiale ikke alltid er riktig. Det som er skrevet kan ha blitt påvirket av forskerens tilstedeværelse, og resultatet har kanskje ikke blitt optimalt (Halvorsen 2002:143).

Jeg startet med å søke på Bibsys for å finne relevant litteratur. Jeg brukte søkeord som demens, eldre, miljøarbeid, aktivitet og ADL-ferdigheter. Det kom opp en rekke bøker, både om musikkterapi og sansehager, men dette var bøker som ikke var relevante i forhold til min problemstilling. Derfor valgte jeg å ikke ta i bruk disse bøkene. De bøkene jeg så på som relevante, var de som handlet om demens, årsaker, diagnostikk og behandling, særlig boken som er skrevet av Knut Engedal og Per Kristian Haugen (2006), «demens, fakta og utfordringer», er en bok jeg har brukt gjennom hele oppgaven. Jeg har også fått tips fra medstudenter om å bruke Hanne Tuntlands (2006) bok «En innføring i ADL» til oppgaven. Veileder tipset meg om «Vernepleieboka – 20 år etter reformen» av Grung, Wærness og Ellingsen. I tillegg har jeg brukt pensumlitteratur, som for eksempel Sølvi Linde og Inger Nordlund sin bok om «Innføring i profesjonelt miljøarbeid». Bøker som er eldre enn fra 2000, har jeg valgt og ikke ta med, siden det er stor sannsynlighet for at det finnes nyere litteratur rundt valgt område.

Oppgaven jeg har skrevet, er skrevet ut ifra et hermeneutisk perspektiv. Ifølge Gilje og Grimen (1993) er hermeneutikk fortolkningslære og dette vil si at jeg skal tolke, forstå og gi mening til det som er uklart av det jeg studerer. Ved å fortolke slik, kan jeg komme frem til en klarhet på det som er uklart. Jeg nærmer meg det jeg vil undersøke med mine egne tanker, inntrykk, følelser og kunnskap om temaet. Dette kalles forforståelse. Videre utvikler jeg min forforståelse ved å tolke og forstå teorien som er funnet (Dalland 2007:55f.).

3.2 Egen forforståelse

Alle mennesker har ulike forforståelser på bakgrunn av personlige erfaringer, sosial og kulturell bakgrunn og kunnskap fra utdanning og arbeidspraksis. Forforståelsen vår brukes

når vi tolker og forstår en situasjon, og etter endt situasjon kan vi ha fått et annet syn på situasjonen, og tar også med oss dette videre sammen med forforståelsen vi hadde fra før. På denne måten er vår forforståelse under stadig utvikling (Brodtkorb og Rugkåsa 2009:33).

Jeg har fått min forforståelse gjennom kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom vernepleiestudiet og gjennom arbeidserfaring med eldre mennesker med demens. Gjennom vernepleiestudiet har vi hatt undervisning om aktivitetsteori, der temaet aldring og fysisk aktivitet ble tatt opp. Det var da jeg begynte å danne meg en interesse og forforståelse av temaet. I tillegg har jeg jobbet i hjemmetjenesten der jeg møter mennesker med demens, samt hatt to praksisperioder hvor demens og aktivitet har vært sentralt. Den erfaringen og forforståelsen jeg har fått gjennom disse tre studieårene, er at tilpasset aktivitet kan være med å gjøre hverdagen til mennesker med demens betydningsfull, og at motoriske evner kan ivaretas lengre.

Samtidig har jeg en forforståelse om at tjenesteytere ikke har ressurser til å tilbringe nok tid sammen med menneskene som bor på et sykehjem. Jeg har en forforståelse om at hverdagen deres er den samme hver dag, der de får stell, mat, hvile og at de ikke blir nok stimulert.

Jeg kommer til å svare på problemstillingen ved å se på hva teori og forskning sier om temaet, men det kan være at jeg tolker teorien annerledes enn forfatteren har ment, på grunn av min tidligere forforståelse av temaet. Samtidig kommer jeg til å øke forforståelsen min ved å tilegne meg mer kunnskap fra teori, og dette er noe jeg kommer til å ta med meg videre.

3.3 Validitet og reliabilitet

Et krav i bacheloroppgaven er at den skal være troverdig. For å oppnå troverdighet har jeg vært kritisk til hvilken teori jeg har tatt med i oppgaven. Validitet og reliabilitet er nødvendig for å oppnå dette. Ifølge Dalland (2007) står validitet for relevans og gyldighet. Det som måles, skal ha relevans og være gyldig for det problemet som skal undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og det går ut på at målinger som utføres må være korrekte, og eventuelle feil må angis (Dalland 2007:50f).

Jeg ser på litteraturen jeg har funnet og som er blitt brukt i oppgaven som pålitelig, gyldig og relevant i forhold til min problemstilling. Dette er fordi bøkene er gitt ut av solide forlag som for eksempel Universitetsforlaget og Gyldendal Norsk Forlag. I tillegg er noen av bøkene som for eksempel Engedal og Haugen (2006) basert på forskning om demens. Samtidig som at jeg tenker at kildene mine er pålitelig, vil jeg si at jeg synes det er vanskelig å vite om de faktisk er det. I tillegg vet jeg at det kan være mer litteratur om temaet som kunne vært relevant. Dette kan være eventuelle feilkilder. Det kan også tenkes at forforståelsen min har bidratt til at jeg tolker teorien på en annen måte enn forfatteren.

4.0 Teori og empiri

I dette kapittelet presenterer jeg litteraturstudiet mitt ved å gå dypere inn i begreper som er sentrale i min problemstilling. Det jeg vil se nærmere på er demens, ADL-ferdigheter, vernepleierens kompetanse og målrettet miljøarbeid.

4.1 Hva er demens?

Ordet demens stammer fra gresk og betyr gal, avsindig. Demens er en fellesbetegnelse på ulike tilstander som kan forårsakes av organiske sykdommer i hjernen. sykdommen kjennetegnes ved kognitiv svikt, sviktende funksjonsevne til å utføre dagliglivets aktiviteter på samme måte som tidligere samt endret sosial atferd. I tillegg må hukommelsessvikt være tilstede for å få en demensdiagnose (Engedal og Haugen 2006:17f.).

ICD-10, det internasjonale klassifiseringssystemet for sykdommer, definerer demens som et syndrom som skyldes sykdom eller skade som påvirker hjernen, og som svekker hukommelse, orientering, evnen til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Samtidig forlanges det at den reduserte hukommelsen fører til svekking av dagliglivets aktiviteter eller det sosiale liv (Engedal og Haugen 2006:18).

ICD-10 har følgende kriterier for demens:

- «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 på minst seks måneder»*
(Engedal og Haugen 2006:18).

I oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet aldersdemens.

Engedal og Haugen (2006) definerer aldersdemens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.
(Engedal og Haugen 2006:20).

Aldersdemens er en betegnelse på ulike demenssykdommer, uavhengig av årsak og type, men som oppstår i høy alder. Verdens helseorganisasjon definerer høy alder som over 65 år. Først og fremst er det demens ved Alzheimers sykdom, demens ved Lewylegemer og vaskulært betinget demens som faller inn under begrepet aldersdemens (Engedal og Haugen 2006:19).

4.1.1 Demens ved Alzheimers sykdom

Demens ved Alzheimers sykdom er den typiske aldersdemens og det er den typen av demens som forekommer hyppigst. Det er ca 50-60 prosent av eldre over 65 år som har fått en demenssykdom, som har denne typen demens. Sykdommen kommer snikende og langsomt, og den forverres over tid. Det er nervecellene og nerveutløperne i hjernen som dør eller ikke lenger fungerer, men man vet foreløpig ikke årsaken til hjerneskaden (Solheim 2009:28f.).

Gjerstad, Fladby og Andersson (2013) sier at glemselsraten til mennesker med Alzheimers sykdom er relativt høy og gjenkjenningshukommelsen er svekket, det vil si at de glemmer ny informasjon fort, men at de kan huske eldre minner. Tidlig i forløpet av sykdommen kan noen av vanskene avhjelpest ved at de gis assosiasjoner eller hint til det som skal huskes. Etter hvert i sykdomsforløpet vil nytten av dette være mer begrenset (Gjerstad, m.fl. 2013:122f.).

Videre skriver de at språkfunksjonen påvirkes allerede i den tidlige fasen av sykdomsforløpet, både talespråket og språkforståelsen reduseres. Et av de tidligste tegnene på redusert språkfunksjon er at flyten i ordene ikke er den samme som den engang var og de kan bruke lengre tid på å snakke. I det senere forløp av sykdommen vil det komme tydeligere fram at språkfunksjonene er redusert, og det kan bli vanskelig å finne de rette ordene eller begrepene selv om de vet selv hva de vil fram til. Det er ofte de ordene som gir mening i en setning som blir borte, for eksempel hvem det gjelder, eller hva det gjelder. Senere i forløpet vil språket bli innholdsfattig, og kommunikasjonen blir betydelig hemmet (Gjerstad m.fl. 2013:123f.).

De skriver også at et annet funksjonsutfall som framtrer etter hvert som forløpet av sykdommen utvikler seg, vil være apraksi. Det vil si manglende evne til å utføre viljestyrte handlinger uten at det de motoriske eller sensoriske funksjonene som gjør det. Menneskene med Alzheimers sykdom blir avhengige av hjelp fra andre for å mestre dagligdagse gjøremål som for eksempel matlaging, renhold og personlig hygiene, siden de etter hvert får vansker med å gjennomføre handlinger og å bruke kjente redskaper (Gjerstad m.fl. 2013:125).

4.1.2 Demens ved Lewylegemer

Gjerstad, Fladby og Andersson (2013) skriver at demens ved Lewylegemer skiller seg fra de andre demenssykdommene ved at motoriske forstyrrelser, visuelle hallusinasjoner og vekslende kognitiv fungering forekommer. Hos mange mennesker med denne typen demens, opptrer de visuelle hallusinasjonene tidlig i forløpet, og denne tilstanden brukes ofte som et kriterium for å stille diagnosen. Noen av personene med denne demenssykdommen er ofte klar over at hallusinasjonene er en forvrengning av det virkelige, andre er ikke det. I tillegg til hallusinasjoner kan søvnforstyrrelser på grunn av

skremmende drømmer forekomme, samtidig som både falltendens og hørselshallusinasjoner også kan forekomme. Depresjon og angst er også vanlig ved denne formen for demens. (Gjerstad m.fl. 2013:128f.).

Personer som har demens ved Lewylegemer kan ha vansker med å forstå og tolke form og størrelse av objekter, og det kan oppstå forvirring. Dette kan vanskeliggjøre mange dagligdagse aktiviteter, som for eksempel å lese, tegne og orientere seg i kjente og ukjente omgivelser. Oppmerksomheten deres er ofte betydelig redusert på grunn av forvirring, den kan falle helt plutselig i alt fra noen minutter til uker og måneder. Det som skiller demens ved Lewylegemer fra annen type demens, er at personene ofte har evne til å lære og hukommelsen kan være bedre bevart (Gjerstad m.fl. 2013:129).

4.1.3 Vaskulært betinget demens

Rundt 30 prosent av de som utvikler en demensdiagnose, har denne formen. Som ved de andre demensdiagnosene, forutsettes det også her at flere kognitive funksjoner er svekket, blant annet hukommelse. Vaskulær demens kan oppstå på mange måter, og Engedal og Haugen (2006) beskriver vaskulær demens slik:

Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av ett eller flere hjerneinfarkt, en skade eller sykdom i hjernens blodkar, eller av manglende blodtilførsel og derav surstoffmangel til hjernen.

(Engedal og Haugen 2006:124).

Undersøkelser viser at personer som har utviklet vaskulær demens ofte har hatt høyt blodtrykk, sukkersyke og/eller hjertesykdommer tidligere (Solheim 2009:33). Høyt blodtrykk i voksen alder kan gi 1,5-2 ganger økt risiko for utviklingen av Alzheimers demens eller vaskulær demens. Ut ifra forskning har det også kommet frem at hos personer som opprettholder et mentalt og sosialt aktivt liv, vil risikoen for å få demens synke med 30-40 % (Rokstad og Smebye 2008:40).

Ifølge Solheim (2009) vil utviklingen av tilstanden avhenge av hvor i hjernen skaden sitter, og hva som forårsaket den. Symptomene kan fremtre mer akutt dersom skaden er forårsaket av blodpropp, og symptomene vil forverres dersom nye blodpropper dukker opp (Solheim 2009:33).

Denne formen for demens kan påvirke for eksempel ordproduksjonen og forståelsen av det som blir sagt av andre. Evnen til å utføre handlinger er svekket, selv om førligheten og forståelsen av hva som skal gjøres er der. Hukommelse og vanskeligheter med å forstå det man ser, hører berører og smaker kan også være påvirket (Gjerstad m.fl. 2013:129).

Personene med denne demensformen kan også ha problemer med å være oppmerksom på det som skjer på sin venstre side, fordi det ofte kan være en skade på den høyre hjernehalvdelen. Når det er skade i den høyre hjernehalvdelen, vil det ramme motsatt side av kroppen (Solheim 2009:26).

4.1.4 Grader av demens

Utviklingen av demens kan deles opp i tre hovedfaser, uansett type demenssykdom. Den første graden er mild demens. Dette er i begynnelsen av en demenssykdom, og personen trenger liten eller ingen hjelp fra andre i hverdagen. Her begynner hukommelsen og svikte, og det kan for eksempel gå ut over måltider, handling av varer og tid. Noen kan også oppleve vansker med språket allerede ved denne graden av demens, og personligheten kan bli forandret. De fleste klarer å skjule demenssymptomene sine om de har ønsket om det (Snoek og Engedal 2008:171).

Moderat grad av demens vil si at personen trenger en del hjelp i hverdagen, fordi de lett kan miste fatningen når de skal løse oppgaver eller ta et valg. Det er som oftest i denne fasen personene kommer i kontakt med helsevesenet, og sykehjem kan bli aktuelt for noen. Vrangforestillinger, hallusinasjoner og avvikende atferd kommer ofte i denne fasen. De kan ofte bli engstelig, bli deprimert og rastløs fordi de ikke får til det de vanligvis ville greid. Hukommelsen, retningsevnen og tidsorienteringsevnen blir enda mer svekket, og kommunikasjonen blir vanskeligere. Det kan være en utfordring å kle av og på seg, velge riktige klær, ha god hygiene og holde orden i hjemmet (Snoek og Engedal 2008:172).

Alvorlig grad er der personen trenger heldøgnsomsorg. Personen med alvorlig grad av demens klarer seg ikke alene i egen bolig, selv om de får hjelp fra familie og hjemmetjenesten. De kan ha vansker med å kontrollere urin og avføring, de kan ha ukontrollerte bevegelser og vansker med for eksempel å føre maten opp til munnen. Dårlig

balanse er noe som kan forekomme hos noen, og de blir kanskje avhengig av å sitte i rullestol (Snoek og Engedal 2008:172).

4.1.5 Utredning av demens

Tuntland (2006) beskriver utredning av demens slik:

En forsvarlig utredning innebærer en vurdering av om pasienten er demens, hvilken type demens det er tale om, graden av demens, behandlingsmuligheter og behov for sosial intervensjon. Ved undersøkelsen skal andre årsaker til forstyrret hukommelsesfunksjon utelukkes, de såkalte pseudodmenstilfellene. Følgende tilstander vil oftest bli forvekslet med demens: delirium, depresjon, alkoholmisbruk og bivirkninger av medisiner (spesielt gjelder det sløvende medisin)
(Tuntland 2006:108).

Når en person skal utredes for demens, må det avklares om det er en hjerneorganisk sykdom som gjør at personen får demenssymptomer, eller om det kan være andre årsaker til det. I noen tilfeller er det ikke mulig å avklare om det er demensutvikling eller ikke, derfor må personen følges opp under utviklingen for å få en avklaring. Utredningen skal kunne beskrive hvilket behov personen og pårørende har for behandling, hjelp og støtte. Demenssykdommen bør oppdages så tidlig som mulig, slik at de involverte får hjelp tidlig. Da kan de få nyttig informasjon om hva det innebærer å få en demensdiagnose og hjelpeapparatet kommer inn for å hjelpe til å planlegge fremtiden. Det kan også være at det er lettere for pårørende å tilpasse seg de endringene som skjer under demensforløpet dersom de får informasjon tidlig i stadiet (Rokstad og Smebye 2008:48).

En demensutredning kartlegger tilstanden til personen som skal utredes, samt det pårørende beskriver. Kriteriene i ICD-10 brukes for å sette en diagnose, og man ser om det har forekommet atferdsendringer eller psykiske tilleggssymptomer. I kartleggingen tar man utgangspunkt i sykehistorien til personen, legen vurderer helsetilstanden, og det gjøres vurdering av kognitiv funksjon gjennom samtale og tester. Dette gjøres helt til man kan bekrefte eller avkrefte en demensdiagnose. Etter det, blir behov for behandling og hjelp vurdert, og personen blir fulgt opp med flere kontroller, evalueringer, tiltak og samtaler (Rokstad og Smebye 2008:49).

Når en person med demens har fått plass inne på sykehjem, må en fortsette og kartlegge personen og demenssykdommen. Demenssykdommen forandrer seg over tid, og tilbudet må være tilpasset tilstanden hele tiden. For at tilbudet skal være tilpasset, må det regelmessig vurdering av fysisk og psykisk fungering til (Gjerstad m.fl. 2013:178).

4.1.6 Bruk av psykofarmaka

Mange av de som får en demensdiagnose, ønsker å bli behandlet med legemidler for kanskje og utsette utviklingen av sykdommen. Medikamentene det er snakk om, Aricept, Exelon og Reminyl, kan hemme nedbrytingen av acetylkolin i hjernen, noe som kan ha effekt på hukommelsen. Virkningen av disse medikamentene er individuelle, men hos noen kan det være at demensstadiet forskyves seks måneder tilbake, men allikevel vil sykdommen være under utvikling. Stoffet memantine som finnes i Ebixa, virker mer på funksjoner enn på hukommelse. Disse medikamentene brukes stort sett av personer med mild og moderat grad av demens (Tuntland 2006:108).

Psykofarmaka brukes mye til personer med alvorlig grad av demens, men også i noen tilfeller av personer med moderat grad. Dette er angstdempende, antidepressive og antipsykotiske medikamenter, men det kan også føre til at personen som bruker det opplever sløvhets (Tuntland 2006:108f.).

I noen tilfeller er det nødvendig og bruke psykofarmaka, for eksempel ved alvorlig depresjonssykdom og alvorlige abstinensstilfeller etter misbruk av alkohol eller tabletter. Det er også nødvendig å bruke psykofarmaka for mobile personer med demens eller delirium som utagerer voldelig overfor familie og pleiepersonell (Tuntland 2006:117).

Dersom en person med demens vandrer rundt omkring, går seg bort fra sykehjemmet eller går inn til andre personer, skal ikke psykofarmaka brukes. Dette er motorisk uro, og ved å bruke psykofarmaka kan personen oppleve sløvhets, og gangfunksjonen blir påvirket (Tuntland 2006:118).

Målet med å bruke psykofarmaka hos personer med demens, er å bedre atferden, fjerne angst og depressive symptomer, samt behandle psykotiske symptomer uten at personen opplever funksjonstap og sløvhets (Engedal og Haugen 2006:288).

4.2 ADL-ferdigheter

ADL er en samlebetegnelse for hverdagslige og praktiske aktiviteter. Dette kan være aktiviteter som å ta vare på seg selv, mobilitet, holde orden i hjemmet og ha orden på egen økonomi. Å kunne mestre ADL-aktiviteter vil kunne gi mestring av å føle seg uavhengig av å få hjelp fra andre. Personer med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for å få hjelp fra andre for å mestre disse aktivitetene. ADL er et viktig arbeidsområde for helse- og sosialsektoren, da det ofte blir brukt for å få personer med nedsatt funksjonsevne til å delta på ulike aktiviteter, for eksempel i hjemmet, i arbeidslivet eller på fritiden.

(Tuntland 2011:17f.).

ADL- begrepet kan deles opp i IADL og PADL. IADL står for *Instrumental Activities of Daily Living*, og det er for eksempel aktiviteter som bruk av transportmidler, husarbeid, å lage mat og omsorgsansvar. Dette er aktiviteter som forutsetter bruk av verktøy eller redskap. Aktivitetene kan være nødvendig for å være selvstendig i samfunnet vi lever i, og de er mer avanserte enn PADL- aktivitetene. I følge Spector og Fleishman (1998) viser det seg at eldre mennesker ofte har mer problemer med å utføre IADL- aktiviteter enn PADL-aktiviteter. IADL- aktiviteter kan kreve krav til fysisk funksjonsevne, noe som eldre kan tape over tid (Tuntland 2011:21f.).

PADL står for *Physical Activities of Daily Living*, og går ut på personlig omsorg. Dette kan være så små aktiviteter som for eksempel å klare og gå på toalettet, kle av- og på seg selv, spise og forflytte seg. Dersom en person ikke klarer å gjennomføre slike aktiviteter selv, vil det være nødvendig å få hjelp. For å forstå hvor viktige slike aktiviteter er, må man ofte miste evnen til å selv utføre de. Å miste evnene til å utføre dette, og å måtte be om hjelp til det, kan ofte være svært ubehagelig og nedverdiggende. Derfor må de som hjelper til, være så hensynfulle som mulig i en slik situasjon (Tuntland 2011:20f.).

Riksrevisjonen påpeker i sin rapport (2009) om undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene, at sykehjemsbeboere ikke aktiviseres forsvarlig og tilpasset sitt behov. De ønsket å sette inn ergoterapeuter og fysioterapeuter som et tiltak i kommunene, slik at sykehjemsbeboerne kunne opprettholde sine funksjonsnivå. Sosial- og helsedirektoratet (2004) sier at disse tjenestene var begrenset, selv om det i Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten står at hver enkelt har rett på et tilbud

om tilpassete aktiviteter og rehabilitering. Ergoterapi og fysioterapi har ofte positiv effekt på funksjonsnivået til sykehjemsbeboere, fordi målet er at de skal bevare eller øke muligheten til å fungere i hverdagen (Tuntland 2011:269f.).

Granbo og Helbostad (2006) sier at: «Også eldre i sykehjem har grunnleggende behov for bevegelse. Dette ivaretas best gjennom daglige gjøremål og aktiviteter» (Tuntland 2011:273).

Å utføre ADL-aktiviteter kan være med å vedlikeholde både motoriske og kognitive funksjoner, og i tillegg kan det styrke selvfølelsen når en mestrer disse aktivitetene. Å være med å delta i fysiske hverdagslige aktiviteter, kan være noen av de siste gjenværende aktivitetene hvor selvbestemmelse og verdighet blir opprettholdt for sykehjemsbeboere. Derfor er det viktig at helsepersonell tilrettelegger for at personer på sykehjem får delta og prøve og gjøre så mye som mulig selv (Tuntland 2011:273f.).

Tuntland (2011) skriver at når man skal hjelpe en person under for eksempel morgenstell, bør det gjøres så likt som mulig som man ville gjort i et privat hjem. Det vil si at når beboeren skal på do, gjøres dette inne på toalettet, ikke i en do-stol ved siden av sengen. Maten skal spises ved bordet, ikke i sengen med et brett over seg. Selvfølgelig må man se an situasjonen og tilrettelegge for hver enkelt (Tuntland 2011:275).

Det å oppmuntre til at en person med demens skal være deltagende i en aktivitet, kan bidra med at de opplever mestring. Det er viktig å kjenne til beboerens funksjonsnivå, ønsker og behov, slik at en vet i hvilken grad en skal gi hjelp (Tuntland 2011:277).

4.3 Vernepleierens kompetanse

Vernepleierens kompetanse kan beskrives som tredelt: helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig (Owren og Linde 2011:13). I rammeplanen for vernepleiere står det at:

Vernepleieren må ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør han/henne sensitiv og lydhør overfor brukernes signaler og være i stand til å omsette vedkommendes ønsker og behov til praktisk bistand og tjenesteyting (Grung, Wærness og Ellingsen 2010:128).

Vernepleiere retter fokus til at brukere skal få selvbestemmelse. Dette gjelder også i demensomsorgen, men da legges det til rette for at personen med demens skal delta i avgjørelser, istedenfor å bestemme. Grunnen til dette, er fordi personer med demens kan ha problemer med å bestemme over eget liv og ta avgjørelser (Grung m.fl. 2010:128f.).

Som vernepleier har man fokus på individet. Observasjon er viktig, og ut ifra observasjoner, kan vi finne ut årsaker til hvorfor en person for eksempel er urolig, sint eller lei seg. For å hindre eventuelle nye situasjoner hvor personen kan bli urolig og sint, kan vernepleiere sette i gang tiltak istedenfor å gi beroligende medikamenter. Da settes det i gang kartlegging og registrering av situasjonen, slik at en ser årsaken til den endrede atferden. Det viktigste vernepleiere gjør i demensomsorgen, er å fokusere på å finne tiltak som kompenserer for personens svikt, men som også står i forhold til funksjonsnivået til personen. Ved å tilrettelegge for dette, kan det bidra til mestring (Grung m.fl. 2010:130).

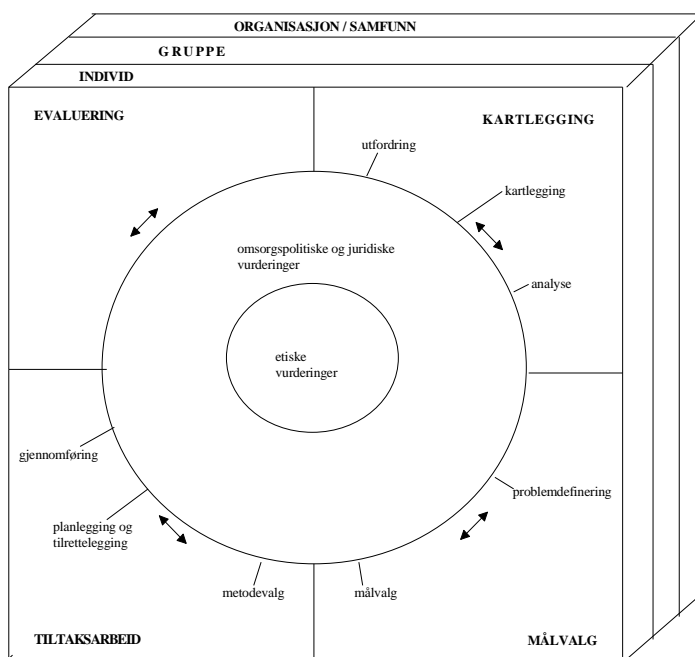
Vernepleiere arbeider for å styrke eller opprettholde kompetansen eller ferdighetene til brukere gjennom målrettet miljøarbeid. I tillegg tilrettelegges miljøet brukere lever i, slik at både brukeren og miljøet er i en dynamisk relasjon til hverandre (Witsø og Teksum 2007:77).

Vernepleieren setter i gang tiltak ved at de har jobbet ut ifra den helhetlige arbeidsmodellen. Fellesorganisasjonens brosjyre «Om vernepleieryrket» skriver dette om arbeidsmodellen:

Modellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleiere samarbeide med og være lydhøre overfor tjenestemottaker og pårørende. Etske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres det på i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for tjenestemottaker (Høgskolen i Molde, Fagplan 2012:7).

Det starter med at vi ser en utfordring eller at noe kan endres. Det valgte området kartlegges, for så å analysere det opp mot teorier. Ut ifra dette kan en komme frem til ulike

målvalg. Gjennom hele prosessen samarbeider en med personen det gjelder, og når målene skal velges, er det vedkommende sine ønsker og behov som skal være i fokus. Ut ifra det valgte målet, kommer en frem til et tiltak som skal settes i verk. Her er det viktig med riktig tilrettelegging for tiltaket. Etter at tiltaket er gjennomført over en bestemt periode, gjøres en evaluering på om det skal fortsette, endres eller opphøres (Høgskolen i Molde, Fagplan 2012).



4.3.1 Målrettet miljøarbeid

Horne og Øyen (2005) definerer miljøarbeid som:

Systematisk forandring av betingelser (inkludert egen og andre miljøarbeideres atferd) med sikte på å oppnå forandring i en eller flere personers atferd, hvor hensikten er å bedre personens fungering i daglige omgivelser
(Horne og Øyen 2005:14).

Miljøarbeid handler i hovedsak om å tilrettelegge for at personer skal klare å utføre hverdagslige aktiviteter i så stor grad som mulig, og at funksjonene blir ivaretatt på denne måten. De som jobber med miljøarbeid, må være oppmerksomme på egen atferd i samspill med personen det gjelder. Før en kan endre vedkommendes atferd, må en endre sin egen atferd. I tillegg må en jobbe med sin egen reaksjon på vedkommendes atferd. Videre

skriver de at miljøarbeid handler om å legge til rette omgivelsene rundt personen det gjelder (Horne og Øyen 2005:14f.).

Engedal og Haugen (2006) sier at målet med miljøarbeid i demensomsorgen, er å bidra til at utviklingen av sykdommen skal sinkes, og at funksjonsnivået til personene skal bedres. Tiltakene som blir satt i gang for å bedre funksjonsnivået, må individualiseres og personens bakgrunn og tilværelse på tas som utgangspunkt. Når tiltaket er satt i gang, må det gjøres evalueringer på om det skal fortsette, endres eller avsluttes (Engedal og Haugen 2006:293f.).

En annen metode som også kan brukes i miljøarbeid, er Marte Meo – metoden. Metoden går ut på å ta videoopptak av en bestemt situasjon, for eksempel under morgenstell. Den danner et utgangspunkt for analyse av for eksempel funksjonsnivået til personen, og kan komme frem til hvordan dette kan gjøres på en annen måte. etter opptak, kan alle pleierne se videoen og komme med innspill til hva som var bra, og hva som kunne vært annerledes. Deretter blir videoen slettet (Rokstad og Smebye 2008:313).

Rokstad og Smebye (2008) skriver at eldre personer ser klare og mettede farger best, for eksempel rød og gul. Å tilrettelegge for å få frem viktige beskjeder i form av farge, kan være viktig for en person som er eldre. I tillegg kan skilting med både tekst og bilde være viktig, da personer med demens kan bruke synet som en støtte for hukommelsen (Rostad og Smebye 2008:134f.).

Å prompte en atferd hos en person med demens betyr å sette i gang atferden. Situasjonen må ses an, det skal ikke skje dersom vedkommende kan bli sett ned på av andre (Witsø og Teksum (2007:54f.).

5.0 Drøfting

Jeg vil i dette kapittelet drøfte hvordan vernepleiere kan bidra til å opprettholde funksjonsevner hos personer som har demens. For å drøfte, diskuterer og belyser jeg temaer fra forskjellige sider. Jeg tar utgangspunkt i egne erfaringer og litteratur om demens og vernepleierens kompetanse innenfor miljøarbeid for å prøve å få et svar på problemstillingen.

5.1 Hvordan fungerer personer med demens i hverdagen?

Som teorien viser, er demens en hjernesykdom som forverres over tid. (Snoek og Engedal 2008) sier at i det første stadiet som er mild grad av demens trenger personen lite eller ingen hjelp, men ved moderat grad vil personen trenge mer hjelp. Jeg tenker at en person som har fått en demensdiagnose vil kunne fungere greit i hverdagen så lenge det er tilrettelagt for at de skal kunne gjøre hverdagslige ting selv. Men er det slik at pleiere tilrettelegger nok for at de skal klare dette selv? Eller tar pleierne over det som skal gjøres? Sett ut ifra mine erfaringer fra jobb- og praksissammenheng, vil jeg si at det har vært svært lite tilrettelegging for dette.

For eksempel i hjemmetjenesten hvor hver pleier får utdelt 15 personer de skal på tilsyn til, vil det være så travelt at pleierne ikke har mulighet til at personene skal gjøre noe selv. Ei dame med moderat grad av aldersdemens skulle bli hjulpet til morgenstellet. Hun kommuniserte greit, men hadde av og til vanskeligheter med å forstå hva vi formidlet. Da hun skulle kle på seg, virket det som at hun glemte hva hun skulle gjøre. Derfor sa pleieren at hun skulle ta på seg buksa. Da hun ikke gjorde dette etter at pleieren sa det, tok pleieren over og dro på henne buksa og resten av klærne. På denne måten sparte pleieren tid, men på den andre måten tok hun fra personen muligheten til å klare seg selv, og selvfølelsen til personen kunne svekkes.

Tuntland (2011) skriver at når personer utfører ADL-aktiviteter, kan det være med å vedlikeholde funksjoner. Jeg tenker at jo flere ganger pleieren tar fra personen muligheten til å delta på slike aktiviteter, jo flere funksjoner vil svekkes hos personen med demens. Dersom pleierne hadde tilrettelagt for at personer med demens kunne utført slike handlinger selv, ville kanskje funksjonene deres blitt opprettholdt lenger.

Slik jeg tenker det er hvordan personer med demens fungerer i hverdagen er opp til pleierne, fordi at det handler om å tilrettelegge på riktig måte. Horne og Øyen (2005) sier at tilrettelegging handler om at personen skal klare å utføre hverdagslige aktiviteter i så stor grad som mulig. Dersom pleierne klarer å tilrettelegge for eksempel for at en person skal klare å pusse tennene sine selv, vil personen kanskje oppleve mestring, og funksjonen blir ivaretatt. Men man må i følge Engedal og Haugen (2006) ta i betraktning brukernes behov og funksjoner, før man bestemmer hva man skal tilrettelegge. Dersom man tilrettelegger for at en person som er dement skal gjøre noe som ikke er realiserbart for personen, vil igjen mestringsfølelsen og selvfølelsen kanskje bli svekket fordi personen kanskje ikke klarer det. Det kan også tenkes at personen kan klare å utføre det, men at vedkommende ikke ser hensikten med det. Vil det da være riktig å fortsette?

Jeg tenker at siden personer med moderat grad av demens kan ha mistet så mange av funksjonene sine, bør en ta vare på de som er igjen til en viss grad. Kanskje en kan finne ut hvilke aktiviteter som betyr mest for personen og at vedkommende heller kan opprettholde de aktivitetene? Det tror jeg vil være mer gunstig istedenfor å begynne å tilrettelegge for en aktivitet som personen ikke har noe forhold til.

Det er nok ikke bare pleierne som kan gjøre at personer med demens kan fungere godt i hverdagen. Dersom personene har pårørende som har tid til å ta vare på dem, kan det tenkes at også de kan finne på mange ulike aktiviteter sammen med dem. Det er ofte pårørende som vet best hva personen liker og hva som betyr noe for vedkommende. Men jeg tror at å ha en person med demens i nær familie, tar på kreftene til pårørende både fysisk og psykisk. Det kan kanskje fungere godt i begynnelsen av et demensforløp når personen med demens ikke trenger så mye hjelp, men når vedkommende vil trenge mer hjelp vil det alltid gå ut over den nærmeste. Snoek og Engedal (2008) skriver at når sykdomsforløpet har kommet til moderat grad, kan ofte vrangforestillinger komme og hukommelsen blir enda mer svekket. For personen som har demens kan det kanskje føles trygt å ha en kjent person som kan hjelpe, og at vedkommende kan være hjemme i kjente omgivelser. Samtidig er det ikke sikkert at personen med demens gjenkjenner den som hjelper, og at det kan føre til frustrasjon og aggresjon. For pårørende kan det slite på å måtte stelle og ta vare på personen med demens over lengre tid. Det kan også tære på at for eksempel mor eller ektefelle ikke gjenkjenner en, og beskylder en for noe en ikke har gjort. Det kan være at pårørende kan ønske å behandle personen med medikamenter, dersom de

opplever at personen for eksempel ikke gjenkjenner familien. De kan bli beskyldt for å være fremmede som har brutt seg inn i huset, og på denne måten kan de oppleve at personen sliter med angst.

Tuntland (2006) skriver at personer med demens ofte blir medisinert med beroligende midler for angst og psykotiske tilstander. Dette kan være bra for de som trenger denne formen for medisin, da det kan dempe eller ta bort det som er vondt for personen. På denne måten kan personen fungere bedre i hverdagen. Kanskje vedkommende kommer seg ut blant andre personer? På den andre siden, kan det å bruke psykofarmaka hemme funksjonene til personen som bruker det. Videre skriver hun at disse formene for medikament kan virke sløvende på personer. Det kan da tenkes at selv om personen blir kvitt angsten og kunne tenke seg og treffe andre personer, vil personen kanskje ikke klare det på grunn av at vedkommende blir sløvet. Kanskje det vil gå ut over gangfunksjonen eller at personen blir så svimmel at det ikke er trygt og gå? Eller kanskje det kan gå ut over evnen til å konsentrere seg i større grad enn om en ikke hadde brukt medikamentene?

I tillegg til både pleiere og pårørende kan det ha mye å si hvordan personen med demens selv takler det å få en demensdiagnose. Rokstad og Smebye (2008) skriver at dersom diagnosen blir oppdaget tidlig, kan personen få hjelp mye tidligere. Personen har fortsatt mesteparten av hukommelsen bevart, og kan selv være med å bestemme hvordan en vil at fremtiden skal bli med tanke på medisiner og tilrettelegging. Samtidig kan det tenkes at personen blir fra seg og stenger seg inne fordi vedkommende vet hva som vil skje fremover.

Utfordringer personer med demens kan komme utfor i hverdagen, er i følge Gjerstad, Fladby og Andersson (2013) at språkfunksjonen blir svekket, både når det gjelder talespråket og språkforståelsen. I tillegg kan de ha problemer med å orientere seg i miljøet. Jeg tenker at det kan være vanskelig for en person med demens som kanskje har fått plass på sykehjem å huske at det er der vedkommende bor. Kanskje vedkommende kommer seg ut fra sykehjemmet og begynner og gå ute, og ikke finner ut hvor han er. Det kan tenkes at det vil være problematisk å ta kontakt med en fremmed dersom talespråket er svekket, og om vedkommende finner en person og kontakte, er det ikke sikkert den personen forstår hva vedkommende prøver å formidle. Samtidig kan jeg tenke meg at de som ser en person

som ser bortkommen ut, eller at de merker at personen ikke er i stand til å ta vare på seg selv, vil ta kontakt med nærmeste sykehjem eller kontakte politiet.

Jeg vil si at det vil være svært individuelt i hvilken grad en person med demens kan fungere i hverdagen. Noen kan ha språkfunksjonen lengre bevart enn andre, og kommuniserer bra på denne måten. Andre kan ha mistet talespråket og bruker lyder eller kroppsspråk for og gjøre seg forstått. Noen kan komme seg frem i hverdagen ved at miljøet rundt dem er blitt tilrettelagt, andre har fått pleiere som hjelper de å fungere i hverdagen. Jeg vil påstå at alle mennesker fungerer i hverdagen, så lenge det er hjelp å få.

5.2 Vernepleieren i demensomsorgen

Som Grung med flere (2010) skriver, så er vernepleierne opptatt av brukermedvirkning og selvbestemmelse. De skriver også at i demensomsorgen deltar personene med demens i avgjørelser, istedenfor å bestemme. Jeg tenker at dette må komme an på hvor i demensforløpet personen er. Dersom det er tidlig i sykdomsforløpet, og personen fortsatt er bevisst sine valg, kan vedkommende fint ta egne avgjørelser. Senere i forløpet når de i følge Snoek og Engedal (2008) kan miste fatningen når de skal ta et valg, mener jeg at de fortsatt kan ha selvbestemmelse i enkelte ting. Men dette vil komme an på hver enkelt person. Kanskje det også kan komme an på hvilken tid det er på døgnet eller i hvilken setting det er. Kanskje noen er mer klar i hodet etter at de har hvilt seg en stund, og at de da fint klarer å ta avgjørelser. Eller noen kan kanskje fungere best og tar avgjørelser etter at hjernen har fått jobbe en liten stund? Dette er noe som vernepleierne kan kartlegge ved hjelp av den helhetlige arbeidsmodellen.

Grung med flere (2010) skriver også at vernepleiere kan tilrettelegge for at personer med demens skal oppleve mestring. Jeg tenker at mestring er individuelt. To personer med demens kan gjøre akkurat det samme, og få akkurat det samme resultatet, men allikevel vil den ene kunne oppleve mestring mens den andre ikke. Dette kan ha noe med at det som ble gjennomført betydde mer for den som følte mestring enn for den som ikke gjorde det. Eller det kan være at den som opplevde mestring opplevde det fordi vedkommende fikk mye oppmuntring under det som skulle gjennomføres. Tuntland (2011) skriver at personer med demens kan mestre deler av ADL-aktiviteter så lenge de får veiledning og oppmuntring. Dersom den personen som ikke opplevde mestring, men som klarte å gjennomføre det bare

fikk veiledning og ikke oppmuntring, kan det tenkes at vedkommende opplevde aktiviteten som en plikt og ikke som noe artig.

5.2.1 Miljøarbeid

Miljøarbeid kan ifølge Horne og Øyen (2005) handle om å tilrettelegge miljøet rundt en person. Dette kan for eksempel være at det kjøpes inn gjenstander som personen med demens kjenner igjen. For å belyse dette vil jeg illustrere med et eksempel. Ei damen med demens var inne på et sykehjem. Hun klarte mye selv, men datt av og til ut av det hun holdt på med. Under morgenstellet gjorde hun alt. Tok av seg klærne, satte seg på toalettet, tørket seg og tappet ned. Så gikk hun mot vasken, og alt stoppet opp. Pleierne puttet såpe i hendene hennes, og da kom hun til seg selv igjen og begynte og vaske seg. Etter at pleierne kartla situasjonen, fant de ut at hun kanskje ikke visste hvordan såpedispenseren som hang på veggen skulle brukes. Derfor dro de og kjøpte et såpestykke som de la ved vasken. Etter dette gikk hele morgenstellet fint.

Tuntland (2011) skriver at miljøet bør gjøres så likt som mulig som det var hjemme hos personen med demens. jeg tenker at dette er fordi at personen skal føle seg mest mulig hjemme, og ikke bli forvirret. Måltidene skal skje på kjøkkenet ved et bord, ikke i senga. Det kan tenkes at dette er fordi at personene med demens ikke skal glemme funksjonene sine. Det kan kanskje være lettere å glemme hva en skal gjøre med en gaffel, dersom man blir servert i senga? Men dersom miljøet rundt er riktig, kan det kanskje vekke frem minner som gjør at handlingene blir riktig? En må selvfølgelig se an situasjonen til hver enkelt. Er det en person som er dårlig og ikke kommer seg opp fra senga, må jo maten serveres der. Kanskje det går an å bruke en form for tilretteleggelse for å få personen til å skjønne hva en skal gjøre med maten, selv om vedkommende ligger i senga?

Engedal og Haugen (2006) sier at målet med miljøarbeid er å bidra til at sykdomsutviklingen skal sinkes, og at funksjonsnivået til personene skal bedres eller opprettholdes. Siden demenssykdommen er en sykdom som ikke kan bedres, vil ikke miljøarbeid eller tilrettelegging av aktiviteter gjøre at personen med demens blir bedre. Men jeg tenker at dersom personene med demens får gjøre hverdagslige aktiviteter som gir de mening i livet, vil de kanskje fortsette med dette, og funksjonene vil bli opprettholdt. De hverdagslige aktivitetene som kan gjøres må være tilrettelagt for hver enkelt person, slik at det blir lettere å føle mestring.

For å individualisere det som skal tilrettelegges, kan vernepleieren bruke den helhetlige arbeidsmodellen, og samarbeide med den det gjelder. Det er ikke alltid en person med demens er like lett å samarbeide med, og det kan da være viktig å ha et godt samarbeid med personens pårørende. Særlig under kartlegging som er det første punktet av arbeidsmodellen. Det som kan være negativt, er hvis de pårørende ikke har hatt så mye kontakt med personen med demens på en stund, og ikke er kjent med hvordan situasjonen er per dags dato. Da vil det kanskje komme en del feilinformasjon i kartleggingen. På den andre siden, er vernepleierne flinke til å observere i følge Grung med flere (2010). Dermed kan de komme med den siste informasjonen om personen med demens. På denne måten skaper man et samarbeid med de pårørende. Det kan også hende de pårørende holder igjen informasjon som gjør at tiltaket blir et annet enn personen med demens selv ikke ville valgt. Derfor tror jeg det vil være viktig å prøve å samarbeide med begge partene.

Det er ikke sikkert det alltid vil være riktig å bruke den helhetlige arbeidsmodellen for å lage et tiltak eller komme frem til en annen løsning. Rokstad og Smebye (2008) har skrevet om Marte Meo – metoden, som er en videoopptaksmetode. Denne metoden kan være god, fordi at en kan se videoen om igjen og om igjen, og kanskje ser en nye ting hver gang en ser videoen? Alle pleierne som er ansatt får muligheten til å se hvordan for eksempel morgenstellet av en person med demens foregikk. Kanskje så de at pleieren tok for mye over, og at personen hadde klart mer selv? Dette er noe de kan komme med innspill til, og ut ifra innspillene kan de komme frem til hva den skal prøve og endre til neste gang. Det som kan være vanskelig med en slik metode, er at personen med demens kan bli forvirret og redd når de ser at det er et videokamera inne på rommet deres. Kanskje de gjør mindre enn de egentlig pleier fordi de blir sjenerte?

Rokstad og Smebye (2008) skriver at miljøet kan tilrettelegges ved at det brukes farger som rød og gul fordi eldre mennesker ser disse fargene godt. Det kan tenkes at visse gjenstander kan farges med disse fargene, for å vise hvor ting er. For eksempel kan døra inn til toalettet være rød, slik at den skiller seg ut fra de andre dørene. Dersom alle dørene hadde vært røde, hadde det ikke hatt noen hensikt. Da hadde personen med demens vært like forvirret når vedkommende skulle finne toalettet. I tillegg kan skilting brukes. Det forutsetter at det er både bilde og tekst på skiltet, og at det ikke er for mange skilt i miljøet. Da kan det kanskje bli rotete og forvirrende. For eksempel kunne det vært et skilt på

kjøleskapet hvor det var merket med en melkekartong en ost og at det sto «mat». Da kan det kanskje hende at personen hadde kommet på at det var dit maten skulle. Om det hadde vært mange skilt av hver påleggssort utenpå kjøleskapet, kunne dette kanskje virket forvirrende. En annen ting som kunne ha vært bra, var å merke av på bordet hvor fatet, glasset, kniven og gaffelen skulle ligge. Da kunne kanskje personen med demens ha greid å dekke på bordet uten hjelp? Prompting som Witsø og Teksum (2007) skriver om, kan også være et aktuelt tiltak og sette i gang for en person med demens. det som kan være vanskelig da, er å vite hvor langt en skal gå for å hjelpe til. Kanskje pleieren starter med å gi for mye hjelp. Det kan kanskje være greit å starte ved å gi minst mulig hjelp, for å se om personen responderer. Ved å bruke prompting som en metode for å tilrettelegge, kan en fort finne ut hvilket funksjonsnivå personen er på.

6.0 Avslutning

I dette kapittelet kommer jeg med en liten oppsummering av hva oppgaven inneholder.

6.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan vernepleiere kan tilrettelegge for at personer med demens kan opprettholde sine ADL-funksjoner. Jeg har sett på hva demens er, og hva vernepleiere kan gjøre i demensomsorgen. Det begrepet som går igjen gjennom hele oppgaven, er miljøarbeid og tilrettelegging.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven, har jeg funnet ut at det er mye vernepleiere eller annet helsepersonell kan gjøre for at personer med demens skal kunne opprettholde funksjonene sine.

Det er viktig å tilrettelegge for å opprettholde ADL-ferdigheter hos personer med demens. Tuntland (2011) sier at ADL-begrepet kan deles opp i to: PADL og IADL. For personer med demens vil PADL være mest hensiktsmessig. Hun sier at helsepersonellet må være hensynsfulle når de skal hjelpe en person til å utføre slike hverdagslige aktiviteter, og at når det er gjennomført, kan personen ha opplevd mestring. Å utføre ADL-aktiviteter kan vedlikeholde motoriske og kognitive funksjoner. Det vil være viktig at helsepersonell tilrettelegger for personer med demens får delta og gjøre mest mulig selv, fordi ADL-aktiviteter kan være noen av de siste funksjonene de har. Miljøet bør gjøres så likt et hjem som mulig, for at personen skal føle seg hjemme og skjønne hvilken handling som skal utføres. Ønskene og behovene til personen med demens skal være i fokus (Tuntland 2011).

Vernepleiere kan bruke den helhetlige arbeidsmodellen eller Marte Meo – metoden for å finne eventuelle tiltak som kan settes i gang, i samråd med den det gjelder og dens pårørende.

Horne og Øyen (2005) sier at før en kan endre andre sin atferd, må en endre sin egen. Dette kan for eksempel være ved å gi ros når en person fortjener det, for at atferden skal opprettholdes.

Witsø og Teksum (2007) skriver at eldre personer ser rødt og gult veldig godt i forhold til duse farger, og at det kan være lurt å bruke disse fargene for å orientere de. I tillegg kan skilt med bilde og tekst være en hjelp for at de skal finne frem. Når det gjelder for eksempel stell eller påkledning, kan det hjelpe at atferden blir promptet av en annen.

7.0 Litteraturliste

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

Dalland, Olav (2007). *Metode for oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2006). *Demens – Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.

Engedal, Knut og Torgeir Bruun Wyller (2003). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe.

Gjerstad, Leif, Tormod Fladby og Stein Andersson (2013). *Demenssykdommer – Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal norsk Forlag AS.

Grung, Rolf Magnus, Hanne Line Wærness og Cato Brunvand Ellingsen (Red.) (2010). *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen*. Fellesorganisasjonen.

Halvorsen, Knut (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Henningstad, Siv og Halldor Hustadnes (2013). *Demens – den nye folkesykdommen*. Oslo: Kagge Forlag AS.

Horne, Hans og Bjarne Øyen (2005). *Måltrettet miljøarbeid, anvendt atferdsanalyse del 1 – Læringsteori og dagliglivets pedagogikk*. Lillestrøm: G.R.D. Forlag.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2013). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Owren, Thomas og Sølvi Linde (Red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykatri*. Otta: Akribe.
Solheim, Kirsti (2009). *Demensguide – Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tuntland, Hanne (2006). *Sykdommer hos eldre*. København: Nørhaven Book AS.

Tuntland, Hanne (2011). *En innføring i ADL – Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Witsø, Aud Elisabeth og Anne Brit Teksum (2007). *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemente*. Oslo: Pensumtjeneste AS

Aveyard (2007). *Litteraturstudie*. Høgskolen i Gjøvik.

http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste_oppg Lest: 22.05.2014.

Demens og tro. *Hva ser du søster?*

<http://www.demensogtro.no/ressurser/>

Fagplan (2012). *Bachelor i vernepleie – vernepleierens arbeidsmodell*. Høgskolen i Molde.

<http://www.himolde.no/studier/Bachelorivernepleie/Documents/Fagplan%20vernepleie%202012.pdf> Lest 12.06.2014.

Fellesorganisasjonen. *Vernepleieren*.

<https://www.fo.no/vernepleiere/category147.html> Lest: 11.05.2014.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*.

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf
Lest: 15.05.2014.

Helsenorge. *Hva er demens?*

<https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Hva-er-demens.aspx> Lest: 10.05.2014.