



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Vernepleierens bidrag i en palliativ plan for personer med demens

Social educators contribution in a palliative plan for people with dementia

Kristine Kvande Lillebråten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 6. juni 2018



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 plagiattrollert 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 Cecilie Frisvoll

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: 8116

Sammendrag

Tema og bakgrunn:

Temaet for denne oppgaven er vernepleierens rolle i utarbeidelsen av en palliativ plan.

I Norge er det over 70.000 mennesker med diagnosen demens. Demens er en uhelbredelig sykdom det verken finnes medisiner for så du blir helt frisk.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å belyse vernepleieren kompetanse og hvordan den kan brukes innenfor eldreomsorgen.

Resultat:

Funn viser at vernepleierens faglige kompetanse ikke er et satsningsområde innenfor utarbeidelse av palliativ plan for personer med demens. Det er et etisk dilemma å kunne ta samtalen for å kunne starte å utarbeide en palliativ plan i tidlig fase. Det krever god kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging i arbeid med personer med demens.

Konklusjon:

Vernepleierens arbeidsmodell kan være et godt verktøy for å utarbeide en palliativ plan for personer med demens. Det må bli mer fokus på samarbeid og det å kunne gi brukeren som mottar helsetjeneste et mer helhetlig behandlingstilbud.

Nøkkelord:

Vernepleier, palliativ plan, demens, samfunnssatsning

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Disposisjon	1
1.2	Begrunnelse for valg av tema	1
1.3	Samfunnssatsning	2
1.4	Økt kunnskap – økt kvalitet på tjenesten?	3
2.0	Problemstilling.....	4
2.1	Avgrensning av oppgave	4
3.0	Begrepsavklaring.....	5
3.1	Palliasjon	5
3.2	Hva er demens?	5
3.3	Generelle begreper.....	5
3.3.1	Livskvalitet.....	5
3.3.2	Selvbestemmelse og brukervedvirkning	6
4.0	Metode.....	7
4.1	Litteratursøk	7
4.2	Kildekritikk.....	8
5.0	Teori	10
5.1	Demens	10
5.1.1	Mild demens.....	10
5.1.2	Moderat demens	11
5.1.3	Alvorlig grad av demens	11
5.1.4	Andre former for demens	11
5.1.5	Diagnosen.....	12
5.2	Relasjon, kommunikasjon og etikk	12
5.3	Palliativ plan – en samfunnssatsning.....	13
5.3.1	Tiltak fra det offentlige	13
5.3.2	Media.....	14
5.4	Kompetansen til vernepleieren	15
5.5	Vernepleierens arbeidsmodell	16
5.6	Livskvalitet.....	17
5.7	Selvbestemmelse og brukervedvirkning	18
6.0	Drøfting	20
6.1	Vernepleierens tilhørighet	20

6.2	Vernepleierens kompetanse i tilrettelegging	21
6.2.1	Vernepleierens arbeidsmodell – et verktøy for utarbeidelse av en palliativ plan	23
7.0	Avslutning	25
7.1	Konklusjon	25
7.2	Refleksjon.....	26
8.0	Litteraturliste.....	28
9.0	Vedlegg	33

Vedlegg 1 – Eksempel på en palliativ plan

Vedlegg 2 – Livsstilsbegrepet

Vedlegg 3 – Selvbestemmelse

Vedlegg 4 – Vernepleierens kunnskap og ferdigheter i demensomsorgen

Vedlegg 5 – Vernepleierens arbeidsmodell

1.0 Innledning

1.1 Disposisjon

Denne oppgaven vil ta for seg vernepleierens rolle i eldreomsorgen og i all hovedsak innenfor demensomsorgen og tilrettelegging for palliativ omsorg. Den skal ta for seg og svare på problemstillingen gjennom en litteraturstudie. Det starter med at begrunnelsen for valg av tema blir presentert, og deretter samfunnets uttalelser om demens og behov for palliativ plan. Videre blir det bli vist til fakta om demens og behovet for en palliativ plan som kan støtte opp under valg av tema.

I metoddelen vil det bli redegjort for valg av litteratur, og hvordan søkeprosessen etter relevant litteratur ble gjennomført. Videre vil det bli presentert det jeg anser som relevant teori som vil bli tatt med i drøftingen. Drøftingen tar utgangspunkt i problemstillingen, og funnene i litteraturen vil bli satt opp mot hverandre for å se om de samsvarer. Deretter vil det komme en oppsummering av drøftingen som videreføres til en konklusjon. Så blir oppgaven avsluttet av egen refleksjon rundt oppgaveskrivingen og læreprosessen.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I min sommerjobb som vernepleierstudent i hjemmetjenesten fikk jeg være med på palliativ omsorg hos en familie hvor et av familiemedlemmene har kommet til livet siste fase på grunn av sykdom. Han var kommet hjem fra sykehuset for å dø. Med seg hjem hadde han en palliativ plan som han hadde satt opp sammen med lege, nærmeste pårørende og annet personal på sykehuset. Det var en veldig utfordrende og krevende tid for familien, det ble derfor viktig at vi som tjenesteytere fra kommunen kom og brukte våre ressurser rett. Prøve å legge til rette for at bruker og pårørende skulle få så fin tid som mulig i livets slutfase. Ved at den palliative planen var klar kunne vi bruke vår tid på samtaler med både bruker og pårørende. Det var ikke behov for noe planlegging i form av hva vi skulle gjøre med tanke på smertelindring eller andre avgjørelser på hva bruker ønsket eller ikke, da dette var allerede gjennomgått og nedskrevet i en palliativ plan. Pårørende trengte ikke å ta avgjørelser på vegne av brukeren. De kunne fokusere på relasjonen de hadde med hverandre, og bruke tiden på det de ville, og ikke på alternativer og avgjørelser i forbindelse med smertelindring.

Etter denne opplevelsen fikk jeg erfart viktigheten med palliativ plan. Jeg fikk se at den tok vekk elementer som kunne gjort tiden enda mer krevende for familien enn det den var fra før. Pårørende visste at den medisinske smertelindringen var bestemt av brukeren selv, så de var trygge på behandlingen. Og de visste hva han ønsket med tanke på om han ville være hjemme eller bli fraktet til sykehus, uansett hva som skulle skje. I den palliative planen var det gått igjennom alle scenarioer, og tatt stilling til dette.

Etter å ha erfart dette kan det ha innvirkning på min oppgave, da jeg ser positivt på det å ha en utarbeidet palliativ plan, både for brukeren og pårørende.

Det jeg har fått inntrykk av og fått tilbakemelding om er spørsmål på hva en vernepleier kan bidra med når det kommer til demensomsorg og palliasjon, og kanskje spesielt temaet palliasjon. Flere har stilt spørsmål rettet mot at de ser for seg at de temaene hører til innenfor andre profesjoner og fagfelt enn hos vernepleieren.

Men det jeg også erfarte er at mye av prosessen går på kommunikasjon, da det ikke bare omhandler det medisinske. Derfor vil jeg se på hva en vernepleier kan bidra med for å kunne utarbeide en palliativ plan.

1.3 Samfunnssatsning

Den 7. og 8. mars 2018 ble det arrangert «Demenskonferanse 2018» i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen. Det var det mange foredragsholdere, deriblant ble det holdt et foredrag av lege, Bardo Driller. Han jobber for Helse Møre og Romsdal på palliativ team kreftavdeling Helse Møre og Romsdal og prosjektmedarbeider «Palliativ Plan i Møre og Romsdal». Overskriften til foredraget hans var «Palliasjon for mennesker med demens/palliativ plan». I foredraget tar han opp temaer og utfordringer i demensomsorgen og palliasjon. Han påpeker et hinder i samfunnet når det kommer til personer med demens, og det er at demens ikke blir sett på som en livstruende sykdom med begrenset forventet levetid.

I Norge er det over 70.000 mennesker med diagnosen demens. Den hyppigste forekommende formen for demens er Alzheimers hvor det er ca. 60% av de som har demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2015. IS-2278).

Flere dødsfall knyttes til demenssykdommer. Statistisk sentralbyrå skriver at i 2012 var det 2750 mennesker som døde av demenssykdommer, inkludert Alzheimers sykdom, vaskulærdemens og uspesifisert demens. Det var over dobbelt så mange kvinner som menn som døde av denne sykdomsformen (Statistisk sentralbyrå, 2013¹).

1.4 Økt kunnskap – økt kvalitet på tjenesten?

Når jeg er ferdig utdannet vernepleier har jeg som mål å kunne jobbe innenfor eldreomsorgen. Med tanke på at det er over 70.000 mennesker med diagnosen demens, og det er en sykdom som brukeren ikke blir frisk av, er både demens og palliasjon en del av jobben.

I vernepleierutdanningen på høgskolen i Molde ble det undervist i begge temaene på mitt 2. studieår, og jeg så på disse som veldig interessante. Sett fra mitt ståsted var det ikke nok undervisning. Jeg ville tilegne meg enda mer kunnskap om disse, og spesielt legge vekt på hvordan jeg, som vernepleier, kan ta i bruk kunnskapen sammen med den grunnleggende vernepleierfaglige kompetansen.

Som vernepleier kan jeg tilegne meg ulik kompetanse ut i fra hvilken yrkeserfaring jeg har. For å kunne få den yrkeserfaringen, ser jeg på det å tilegne meg mer kunnskap om demens og palliasjon under studietiden som et forsprang. Skau (2011) anser teoretisk-, yrkesspesifikk- og personlig kompetanse som likestilt, og viser det med å lage en likesidet trekant med de tre kompetansene på hver vinkel. Ut ifra dette kan det tenkes at det er større sjanse for at kompetansetrekanten er likesidet med økt kunnskap om teori.

Men som vernepleier er det også noen forventninger fra andre om kompetanse.

Særpregene til vernepleieren er den brede kompetansen til å se hele mennesket (Brask, Østby og Ødegård, 2016). Den kompetansen kommer av at vernepleieren ofte er bindeleddet mellom mennesket og samfunnet. GAP-modellen er en sosialmodell som kan brukes som eksempel på dette. Vernepleieren skal bistå for å kunne tette gapet mellom bruker og samfunn (Owren og Linde, 2011).

¹ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak>

2.0 Problemstilling

Hvordan kan vernepleieren bidra med å tilrettelegge for utarbeidelse av en palliativ plan for mennesker med demens?

2.1 Avgrensning av oppgave

Demensomsorg og palliasjon er to veldig store temaer som gir meg som skribent mye å ta tak i. Det er også to temaer som mange anser som for mye somatikk- og medikamentrelatert til at det kan være relevant for vernepleierfaget. Likevel har jeg valgt dette område da jeg vil se om jeg får et fasitsvar på om de er låst til noen få profesjoner, og at det ikke kan knyttes opp til vernepleierfaglig kompetanse.

For å kunne avgrense oppgaven valgte jeg derfor å trekke inn noe av det jeg anser som relevant for en vernepleier og framheve vernepleierens rolle og kompetanse i denne yrkesretningen.

Det vil bli lagt vekt på hvilken rolle vernepleieren har i arbeid med personer med demens, og hvordan vernepleieren kan være med å bidra til at personer med demens opplever å beholde sin livskvalitet helt til livets slutt. For å kunne avgrense oppgaven enda mer, valgte jeg å forholde meg til en tidlig stadie av sykdomsforløpet for personer med demens. Oppgaven tar ikke for seg den palliative fasen annet enn at den blir forklart. Dette for at oppgaven hadde blir for stor om den skulle ha tatt for seg fra diagnostiseringen av demens til palliasjon fasen inntreffer. Det vil da si at vernepleierens rolle vil ikke bli belyst i arbeid med personer i palliativ fase, men før den palliative fasen inntreffer.

3.0 Begrepsavklaring

3.1 Palliasjon

Livets slutfase, også kalt palliativ fase, er en prosess. Den kan starte når det erkjennes at sykdommen til en bruker er uhelbredelig, og avsluttes når brukeren dør (Grov, 2014).

World Health Organization (2011) definerer palliasjon, også kalt palliativ omsorg, som en tilnærming til brukere med livstruende sykdom for å forbedre livskvaliteten deres, men også for brukerens pårørende. Fokuset skal være på smertelindring, pleie og omsorg med fokus på fysisk, psykososialt og åndelig. Det skal også være et støttende team som er tilstede for pårørende skal kunne takle situasjonen på best mulig måte. Det er viktig å få fra at palliasjon er ikke en medvirkning til å korte ned tiden til døden inntreffer, men heller ikke en forlengelse av livet. Det er tilrettelagt og fokusert på brukerens livskvalitet.

3.2 Hva er demens?

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, som oftest oppstår hos eldre mennesker. Kjennetegnene til sykdommen er svekket mental kapasitet og svikt når det kommer til blant annet hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Denne kognitive svikten fører etterhvert til svekket evne til å mestre dagliglivets gjøremål. Demens er en kronisk tilstand som ikke kan kureres, og den forverrer seg oftest over tid (Berentsen, 2008).

3.3 Generelle begreper

De generelle begrepene er begrep som kommer til å gå igjen i oppgaven, og blir derfor med i begrepsforklaringen.

3.3.1 Livskvalitet

Eknes og Løkke (2009) definerer livskvalitet kort og enkelt sånn:

Livskvalitet er et bredt begrep som på en kompleks måte omhandler personens fysiske og psykologiske helse, grad av selvstendighet, sosiale

relasjoner, individuell tro, tilgang på tilfredsstillelse og mulighet til å innvirke på sine omgivelser. (Eknes og Løkke 2009, s. 31)

3.3.2 Selvbestemmelse og brukermedvirkning

Wehmeyer (1996) i Eknes og Løkke (2009) beskriver selvbestemmelse som at vi handler på våre egne vegner og vårt eget liv. Handlingene våre har påvirkning på livskvaliteten vår. De påvirkes ikke av overdreven ytre innblanding eller påvirkning fra andre.

Linde og Nordlund (2006) skriver at når brukeren med på å bestemme og legge til rette for sitt eget liv er det brukermedvirkning.

4.0 Metode

Ifølge Aadland (2013) er metode ulike former for forskning for å finne fram til sannheten. Det må stilles kritiske spørsmål til hva som er virkelig, og hva som kan påvirke oss som ikke er virkelig, for å kunne avdekke sannheten. I Helse- og sosialfagene har det vært stilt spørsmål om hva som er det riktige forholdet mellom teori og praksis.

Videre hevder Aadland (2013) at teori er en forenkling og systematisering av virkeligheten. For å kunne forske og finne ny teori er det viktig å begrense hva som skal forskes på. Blir ikke forskningsområdet avgrenset blir forskningen så sikker, da det blir forstyrrende elementer som kan ha innvirkning på resultatet.

Ifølge Dalland (2012) er målet for helse- og sosialfagene å skape god praksis, og hvordan god praksis skapes kan knyttes til valg av metode. Metoden kan fortelle oss hvordan vi kan skaffe og etterprøve kunnskap.

I denne oppgaven har det vært brukt en kvalitativ litteraturstudie. Det vil si at det har blitt tolket ut i fra eksisterende kunnskap som finnes i litteraturen. Det er ikke basert på harde fakta, som tall, som i en kvantitativ studie kan arbeides ut i fra. Kvalitativ litteraturstudie ligger i den hermeneutiske tradisjon, da tekstene kan bli fortolket på en kreativ og innsiktsfull måte (Aadland, 2013).

Siden oppgaven er arbeidet ut i fra tolkning, kan min forforståelse, egen opplevelse og erfaring av problemstillingen hatt en påvirkning på hvordan problemstillingen har blitt besvart.

4.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur har jeg valgt å søke i databasen, Oria. Søkeord som har blitt benyttet er demen*, pallia*, palliativ plan, livets slutt*, alzheimer*, terminal*. De fleste av søkeordene kan skrives på ulik måte, og det ble derfor brukt truktering (*). Det gjør at alle varianter av ordet vil komme opp i søket. Som eksempel fikk jeg treff på både dement og demens da jeg brukte truktering bak demen*, som begge kan være relevant for denne oppgaven. Under litteratursøket søkte jeg også med engelske ord; palliati*, terminal*,

death, dying, die, end of life, dement*, alzheimer*. For å kunne avgrense søke mitt har jeg brukt OG/AND og ELLER/OR. OG/AND gir resultat på søket mitt hvor begge begrepene er representert i funnet. ELLER/OR gir resultater hvor det inneholder det ene eller det andre jeg søker på. For å finne de riktige søkeordene og hvordan jeg skulle bruke de, bestilte jeg meg en time hos en bibliotekar. Dalland og Trygstad (2012) hevder at bibliotekaren er en ressurs for meg som student når jeg skal finne skriftlige kilder.

For å finne bøker om palliasjon og demens har jeg brukt sykepleierstudiet og videreutdanningene sitt pensum da de har mer om palliasjon og demens enn pensumlisten til vernepleierstudiet.

Jeg har også valgt å bruke Google for å finne avisartikler. Da fant jeg blant annet en avisartikkel fra Romsdal Budstikke (2018) «Skal bedre livskvaliteten ved livets slutt» og andre artikler hvor det har blitt intervjuet pårørende av mennesker med demens.

Jeg har også valgt å gå inn på artikler og bøker som jeg anser som relevant, og sett på litteraturlisten deres igjen. På denne måten har jeg fått innhentet artikler som jeg kanskje ellers ikke hadde funnet

4.2 Kildekritikk

Dalland og Trygstad (2012) beskriver kilde som et opphav av til kunnskap. Men forskjellen på kilde, som i kildevann der grus og sand renser vannet helt rent, og kilde, som i kunnskapen, er at kunnskapen ikke er alltid like «ren» som kildevann. Det vil si at kilden til kunnskap må vi selv gå igjennom for å kontrollere om den er holdbar.

Videre hevder Dalland og Trygstad (2012) at litteraturen er et viktig grunnlag for studentoppgaver. Det å kunne beskrive hva som er tatt med av litteratur, og hva som er tatt bort, er viktig for å få et innblikk i hva jeg tenker er relevant. Valgene som blir tatt skal også kunne begrunnes, da det viser hvilke kriterier som er som ligger til grunn for oppgaven.

Kildekritikk vil si å kunne se hvordan kilden kan brukes for å kunne besvare problemstillingen. Det skal ikke være en vurdering på selve kilden, men om den brukes i oppgaven som gjør det lettere for med å kunne støtte opp under min drøfting og belyse problemstillingen (Dalland og Trygstad, 2012).

Avgrensningen jeg har gjort tidligere førte til at artikler og fagbøkene som kom opp under søket var relevant på en eller annen måte for problemstillingen min. Ut i fra resultatet på søket har jeg jobbet meg gjennom og sett på hvem forfatterne er, når den har blitt publisert og hvem som har publisert for å kunne karakterisere litteraturens gyldighet. Jeg har valgt å benytte kilder som er av nyere dato, det vil si at de har vært publisert i 2000 tallet, ikke før dette. Jeg har også måtte sett på hvor relevant litteraturen er, men tanke på det å søke på pallia* og demen* gir ofte treff på hvordan den palliative fasen skal håndteres, og ikke planlegges.

Sekundære kilder har jeg prøvd og unngått. Det vil si at jeg har prøvd og funnet primærkilden, da en sekundærkilde har vært tolket av en annen, og perspektivet til forfatteren har kunne hatt en innvirkning (Dalland, 2012). Men i noen tilfeller har jeg valgt og brukt sekundærkilder da jeg har sett relevansen i det til oppgaven, men ikke har funnet den opprinnelige kilden.

5.0 Teori

I denne delen presenteres det ulike teori som er relevant for oppgaven, og for å ha et grunnlag for å kunne gå videre å drøfte funnene.

Først vil demens, palliativ plan og vernepleieren bli presentert hver for seg. Videre vil relasjon, etikk, kommunikasjon og vernepleierens arbeidsmodell bli presentert. Disse fire siste teoridelenene på grunn av at jeg anser de som relevant til å ta med videre til drøftingen for å kunne besvare problemstillingen.

5.1 Demens

Det finnes ulike hjernesykdommer som fører til demens. En degenerativ hjernesykdom er en sykdom som fører til forandringer i cellene og organene. Alzheimers sykdom er en av disse degenerative hjernesykdommer som fører til demens (Engedal og Berentsen, 2016).

De ulike gradene av demens er mild, moderat og alvorlig demens. Symptomene kan variere fra person til person, og hvordan personen mestrer sykdommen. Hvor skaden ligger i hjernen påvirker hvilke symptomer han får (Engedal og Haugen, 2016).

5.1.1 Mild demens

Ved mild demens fungerer mange nesten som «normalt» i hverdagen, mens noen kan ha noen utfordringer. Det starter ofte med at personen glemmer hva som er blitt sagt og derfor har en tendens til å gjenta seg selv ofte. Det å uttrykke seg og oppfatte hva andre sier kan bli en utfordring. Brukeren må ofte lete etter ting som han har lagt fra seg på grunn av at han glemmer hvor han har lagt det. I denne fasen er det mange som får vite eller oppdager selv at de er i ferd med å utvikle demens, mens andre klarer å skjule sine symptomer. De endrer ikke noe særlig personlighetstrekk, og kan ha innsikt i sin egen situasjon. Mange uttrykker redsel over sin situasjon og dette fører til at en del personer med demens blir deprimert og isolerer seg fra omverdenen. Karaktertrekk hos personen som tidligere har vært skjult, kan bli tydeligere (Engedal og Haugen, 2016).

5.1.2 Moderat demens

Ved moderat demens har sykdommen utviklet seg og bruker trenger mer og mer hjelp i det daglige, det er ofte i denne fasen helsevesenet kommer inn i bildet. Bruker kan ha vanskelig med sine activities of daily living (ADL) ferdigheter, som på norsk kan oversettes til aktiviteter i dagliglivet. Personlig hygiene og stell, og holde orden i egen bolig kan være utfordrende for personen og mestre. Symptomene fra mild demens forsterkes. Tidsperspektivet og det å klare å orientere seg svekkes. Mange opplever vrangforestillinger, synshallusinasjoner og avvikende atferd. Ofte får bruker problemer med å kommunisere i hverdagen og klarer ikke lenger løse problemer som oppstår da de lærte ferdighetene ved å takle utfordringer svekkes (Engedal og Haugen, 2016).

5.1.3 Alvorlig grad av demens

Ved alvorlig grad av demens klarer ikke brukeren å ta vare på seg. De fleste blir inkontinens, og må ha fysisk hjelp til stell, det vil si at veiledning og tilrettelegging ikke er tilstrekkelig hjelp. Det å kontrollere sine bevegelser blir vanskelig. De fleste må flytte til institusjon. Ved alvorlig grad av demens skyldes det i mer enn halvparten av tilfellene Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen, 2016).

5.1.4 Andre former for demens

Det finnes også andre former for demens. Den første som blir beskrevet er kalt lewy-legeme-demens. 10-15 prosent av de med demens har denne sorten. Den ligner på både Alzheimers sykdom og Parkinsons sykdom, men kan også minne om Delirium. De fleste som får diagnosen er over 70 år (Engedal og Berentsen, 2016).

Den andre formen som blir beskrevet heter vaskulær demens og kommer av at blodtilførselen i hjernen blir hindret, som fører til at hjerneceller dør. Det er derfor ofte forbundet med hjerneinfarkt. Hvilke symptomer brukeren har varierer etter hvor skaden er (Engedal og Berentsen, 2016).

5.1.5 Diagnosen

I Demensplan 2020 står det beskrevet at å få diagnosen demens gir både brukeren, pårørende og hjelpeapparatet en mulighet til å kartlegge og iverksette tiltak utarbeidet for hvert enkelt individ med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Har personen fått demens får han opptil flere rettigheter etter norsk lov. Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 §3-2 har pasienten rett til å få informasjon for å innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, men også risiko og bivirkninger (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

5.2 Relasjon, kommunikasjon og etikk

Eide og Eide (2013) skriver at relasjon kan være en betegnelse på et forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Og kommunikasjon er å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen eller ha forbindelse med. For å kunne ha en relasjon eller kommunisere kreves det minimum to parter. Kommunikasjon trenger ikke nødvendigvis å føres gjennom tale, men også tegn og signaler. Det kan for eksempel være kroppsspråk, tegn til tale eller chatting på internett. Som helsepersonell praktiseres det profesjonell kommunikasjon i jobbsammenheng, og ikke kommunikasjon som privatperson. Det vil si at på jobb stilles det krav til helsepersonell at han tilføyer sin faglige kompetanse i kommunikasjonen og relasjonen, og det skal være hjelpende for pasienten.

Husebø og Klaschik (1998) skriver at kommunikasjon og etikk har en spesiell stilling i palliativ fase. Dette på grunn av at brukeren blir konfrontert med slutten på livet, og det kan føre til utfordringer. De beskriver utfordringer som kan oppstå er depresjon og nedsatt livskvalitet grunnet konfrontasjonen. De hevder videre at fagpersonen står framfor et etisk dilemma, men at han må fokusere på behovet brukeren har for å få informasjon framfor å bli skånet fra fakta. Derfor er likevel viktig at samtalen om livets slutfase blir tatt opp. Å ikke ta samtalen hevder Husebø og Klaschik (1998) kan føre til at både brukeren og pårørende opplever det utgjør en forskjell på livets slutfase negativt. Men det er likevel viktig å møte brukeren der han er. De forklarer det slik at det å ta opp samtalen om den

palliative fasen trenger ikke nødvendigvis å være en dødsdom, men åpner opp om en prosess og det å snakke om døden.

5.3 Palliativ plan – en samfunnsatsning

5.3.1 Tiltak fra det offentlige

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) ble utarbeidet for å skape bedre samhandling mellom instansene i Helse-Norge. Som Bjarne Håkon Hansen, daværende helse- og omsorgsminister, skrev i forordet:

«Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.» (Hansen, 2008. St. meld. Nr 47, s.3).

Ut i fra Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) har Møre og Romsdal utarbeidet Samhandlingsstrategi (2016-2018) for å kunne være med å bidra til nasjonale mål om å gi helsetjenester til brukere der de bor og for å kunne bidra til et helhetlig behandlingstilbud til befolkningen. Under målsetting, innsatsområde 2 står det:

*«Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal:
Det er startet et tverrfaglig samarbeid med bred representasjon fra helseforetak og kommuner. Formålet er å utarbeide felles forståelse av hva en palliativ plan er og hvordan denne kan brukes for å øke kvalitet og samhandling i den palliative omsorgen. Det arbeides med en implementerings- og evalueringsplan»*

(Samhandlingsstrategi Møre og Romsdal 2016-2018, s. 3)

Helse Møre og Romsdal har laget en Handlingsplan 2016-2018 som heter «Innføring av Palliativ Plan i Møre og Romsdal». Denne er da et av tiltakene til Helse Møre og Romsdal. Bakgrunnen for at en palliativ plan er relevant viser handlingsplanen til Folkehelseinstituttet (2009-2014) sine tall hvor det var 94% av dødsfallene i Møre og

Romsdal som inntraff på grunn av sykdom. Rundt 75% av disse hadde kroniske sykdommer, og flere av disse kunne ha hatt nytte av en palliativ plan.

I Møre og Romsdal har det vært organisert flere prosjekter for å bruke palliativ plan. Det startet i 2001 hvor det var alvorlige syke kreftpasienter og andre syke som hadde en kort forventet levetid, som var målgruppen. Videre har det vært samarbeid mellom flere kommuner i fylket, men i 2015 ble det opprettet et felles samarbeid om innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal.

Det har blitt gitt et økt ansvar for den palliative fasen ut i primærhelsetjenesten etter Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) kom, det er derfor behov for å øke kunnskapen til helsepersonalet for å kunne gi brukerne god helsetjeneste innenfor palliasjon.

Demensplan 2020 ble utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (2015) i samarbeid med personer med demens og deres pårørende. Dette på grunn av at Helse- og omsorgsdepartementet vi skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. For å kunne gjøre dette er det viktig at brukerne selv med demensdiagnosen får fortelle sine erfaringer og sine behov. Ingen vet bedre enn de som har erfaring selv. Demensplan 2020 er derfor basert på brukernes ytringer, Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og ny kunnskap.

5.3.2 Media

I et intervju fra 10. januar 2018 i Romsdal Budstikke² gjort av Marit Heiene ble overlege og leder for lindrende team, Bardo Driller og kreftkoordinator i Molde kommune, Liv Skjørseter Johansen intervjuet om palliativ plan. Overskriften var «Skal bedre livskvaliteten ved livets slutt».

Der blir det sagt at i samarbeid mellom sykehusene og helsetjenesten i kommunen skal tilbud om palliativ plan gis bredt ut til uhelbredelige syke i Møre og Romsdal. Oppgaven deres er å lære opp helsepersonell rundt om i fylket for at de skal kunne ta i bruk palliativ plan og gi tilbudet videre til sine brukere. Men Driller og Skjørseter Johansen håper også på at det skal bli lettere for folk flest å snakke og planlegge livets slutfase hvis de blir mer opplyst om hva en palliativ plan er og hva den skal brukes til.

² <https://www.rbnett.no/pluss/2018/01/10/Skal-bedre-livskvaliteten-ved-livets-slutt-15884270.ece>

Videre forteller de hva en palliativ plan skal inneholde. Blant annet skal den inneholde: ansvarsfordeling innen helsevesenet når ulike scenarioer oppstår, hvor pasienten står i sykdommen, hvordan behandlingen skal følge sykdomsforløpet og om brukeren ønsker å være hjemme eller på sykehus, dette skal avklares sammen med både bruker og pårørende. Den palliative planen skal også inneholde en god beskrivelse på hvem brukeren er, hvor han bor, hvilke ønsker han har og hva han er opptatt av.

Driller og Skjørsæter Johansen nevner også at den palliative planen må være relevant og tilstrekkelig, men ikke for omfattende. Den skal være enkel å bruke for helsepersonell og andre som måtte ha bruk for den.

Skjørsæter Johansen påpeker i intervjuet hvor viktig det er for personer med demens at en palliativ plan bli påbegynt i tidlig fase. Brukeren skal da kunne fortelle selv hva han ønsker både nå og i framtiden. Ved å starte på en palliativ plan tidlig i sykdomsforløpet er det viktig å kunne følge den opp, oppdatere og endre etter hvert som sykdomsbildet endrer seg.

5.4 Kompetansen til vernepleieren

Fra midten av 1900-tallet ble vernepleie sett på som en yrkesgruppe med pedagogisk og medisinsk kunnskap som skulle jobbe på institusjon med personer med psykisk utviklingshemming. (Owren og Linde, 2011).

Owren og Linde (2011) skriver at vernepleierens kompetanse beskrives ofte som tredelt. Kompetansen er delt mellom helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk.

I rammeplanen for vernepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) er det satt opp generelle mål for alle som jobber innenfor helse og sosialfagutdanningene, og det er at yrkesutøverne skal være reflekterte og sette mennesket i sentrum. Yrkesutøverne skal kunne samarbeide tverrfaglig med hverandre og kunne planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere. Vi alle skal ha et helhetlig menneskesyn ved å vise respekt, ivareta menneskets rettigheter og autonomi. Spesifikke formål og mål for vernepleierutdanningen er at yrkesutøveren skal kunne utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Vernepleieren skal være brukerorienterte og reflekterte (Utdannings- forskningsdepartementet, 2005).

Sjørengen (2010) skriver om hva vernepleieren har å tilby innenfor eldreomsorgen og legger mest vekt på demensomsorgen. Hun påpeker kunnskapen vernepleieren har om

miljøarbeid og relasjonsbygging. I møte med personer med demens er det viktig å ha en holistisk tankegang. Det vil si å ha fokus på både det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. I rammeplanen til vernepleierne inngår det også ferdighetstrening i kommunikasjon og samspill. Sjørengen (2010) viser til en modell (vedlegg 4) hvor det blir vist hva en vernepleier bør ha kunnskap om for å kunne jobbe med personer med demens.

5.5 Vernepleierens arbeidsmodell

Nordlund, Thorsen og Linde (2015) skriver at vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 5) skal inneholde seks kategorier som er likestilt og avhengig av hverandre. Den skal inneholde: kartlegging, analyse/drøfting, målvalgprosess, tiltak med gjennomføringsplan, metode og evaluering/revurdering. Siden disse kategoriene er likestilte og avhengig av hverandre kan de brukes i ulik rekkefølge. Det gjør vernepleierens arbeidsmodell enkel og relevant til mye. Selv om et tiltak allerede er på plass, så kan arbeidsmodellen brukes, så lenge det blir snudd om på kategoriene.

For å kunne kartlegge må det være en avgrensning av hva som skal kartlegges. Alt av kartleggingsverktøy må dokumenteres og begrunnes både etisk og faglig. Det skal også innhentes samtykke fra bruker før en kartlegging starter. Etter kartleggingen starter analysen av funnene. Det vil si at det blir en systematisering av funnene i kartlegging og funnene kan sammenlignes med tidligere data (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015).

Nordlund, Thorsen og Linde (2015) skriver at målvalgene er bygd opp som et hierarki. Det vil si at for å kunne nå det overordna målet, må det et eller flere hovedmål til. For å oppnå hovedmål må det et eller flere delmål til. Disse skal kunne utfylle hverandre på en hierarkisk måte.

Det skal settes opp et tiltak ut i fra mål og/eller kartlegging hvis det ikke allerede eksisterer et tiltak. Et tiltak skal inneholde en arbeidsbeskrivelse av gjennomføringen av planen eller en prosessbeskrivelse. Arbeidsbeskrivelsen skal være på detaljnivå, men en prosessbeskrivelse skal være tilpasset bruker og tjenesteyter skal kunne ta naturlige valg gjennom prosessen for at bruker skal oppleve mestring (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015).

Det må være satt et eller flere tidspunkt for evaluering. Dette for å se om målene som er utarbeidet blir nådd, og for å kunne gå tilbake å se på hva som må endres. Det må derfor komme tydelig fram hva som skal evalueres. Det er heller ikke hvem som helst som kan evaluere, da dette kan føre til feiltolkning av kartlegging, mål og tiltak (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015).

5.6 Livskvalitet

Askheim (2012) skriver at fra 1970-tallet ble det skrevet mer og mer om livskvalitet i litteraturen, og ble på lik linje med psykologi og samfunnsvitenskap. Samfunnet ble etter hvert mer fokusert på hvordan individet hadde det. Innen medisinen ble en mer fokusert på hvordan mennesket ble påvirket av at de forandringene som ble til med at det ble en økt materiell velstand. Ble folk lykkeligere? Velstanden i samfunnet hadde en påvirkning på livsstilssykdommer blant annet i form av psykiske lidelser, ensomhet og stress. Samhandlingen mellom mennesker og selvrealisering ble sett på som en innvirkning på livskvaliteten.

Videre skriver Askheim (2012) at det å måle menneskets velferd er kan være utfordrende, og ikke alle er enige om at det er mulig. Da det er uklart og vanskelig å definere og operasjonalisere.

«Livskvalitet er et vagt begrep, noe som mange snakker om, men som ingen helt vet hva er» (Campell mfl. 1976 i Askeheim, 2012 s. 72).

Likevel er det enighet om at objektive faktorer har påvirkning på livskvaliteten.

Askheim (2012) skriver Henriksen (1992) legger like mye vekt på mellommenneskelige relasjoner og indre psykologisk tilstand som på levekår, også kalt ytre livsvilkår i modellen hans (vedlegg 2).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) kom med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Formålet med denne loven er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom og sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdig tjenestetilbud. Den skal også sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.

5.7 Selvbestemmelse og brukermedvirkning

Mennesker med en kognitiv funksjonsnedsettelse har ikke samme utgangspunkt som de funksjonsfriske, da funksjonsnedsettelsen kan påvirke evnen til å ta valg og beslutninger som omhandler egen helse og livsstil. Funksjonsnedsettelsen har en individuell påvirkning, da det kan være ulik grad av kognitiv funksjonsnedsettelse. Forståelsen av valg, muligheter og konsekvenser er avgjørende for utfallet av valget mennesket tar. For mennesker med en kognitiv funksjonsnedsettelse kan det være nødvendig å gjøre fortløpende vurderinger av funksjonsnedsettelsen for å kunne ha en forståelse av hvordan den påvirker valg, og om den i det heletatt har innvirkning. Vurderingen av funksjonsnedsettelsen foretas av profesjonelle eller pårørende med god innsikt i livet til mennesket. Ved å gjøre vurderingen kan det være et godt hjelpemiddel å bruke en glideskala (vedlegg 3) (Eknes og Løkke, 2009).

Ifølge Eknes og Løkke (2009) har helsen en innvirkning på selvbestemmelsen. Med det mener de at helsen har en påvirkning på våre avgjørelser. En større kognitiv funksjonsnedsettelse kan flytte personen nærmere medvirkning enn selvbestemmelse i glideskalaen. En stor kognitiv funksjonsnedsettelse kan føre til deltakelse i glideskalaen. Uansett hvor stor den kognitive funksjonsnedsettelsen er, så har brukeren en virkning med det å være til stede. Ved å være til stede kan det påvirke de profesjonelle da de skal ta valg på vegne brukeren.

Brukermedvirkning ble det mye fokus på rundt 90-tallet da helsetjenesten fikk mye kritikk for å ikke hørt nok på brukeren. Ordet brukermedvirkning fikk litt ny betydning og det kom på plass en del lover, så det ikke skulle bli så enkelt å overstyre brukeren. Det er svært få av de med psykisk utviklingshemming og demens som er umyndiggjort, derfor har de rett på å være med å bestemme dagen sin (Linde og Nordlund, 2006). De skal være med på å bestemme når det kommer til både hobbyer, jobb, rutiner og sosial omgang. (Linde og Nordlund, 2006).

Blant annet ble lov om pasient- og brukerrettigheter utarbeidet i 1999 og iverksatt i 2001. I pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 §3-1 første ledd står det at bruker som mottar helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i gjennomføringen av ulike tjenester og undersøkelse- og behandlingsmetoder. Valgene må være mellom tilgjengelige og

forsvarlige tjenester. For å kunne medvirke skal informasjonen fra giver av helse- og omsorgstjenester tilpasses brukers evne til å motta og gi informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

6.0 Drøfting

På bakgrunn av problemstillingen hvor det skal belyses hvordan vernepleieren kan være med å legge til rette for at en palliativ plan utarbeidet i tidlig fase av en demensdiagnose, vil det bli først bli drøftet vernepleierens eksistens i samfunnssettingsningen. Videre vil vernepleierens kompetanse og tilrettelegging drøftes opp mot demens og palliativ plan. Det vil også bli argumentert fordeler og ulemper med å utarbeide en palliativ plan i tidlig fase i sykdomsforløpet for personer med demens.

6.1 Vernepleierens tilhørighet

I Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016) står det beskrevet at det er fastlege, tilsynslege, sykepleier, bruker og pårørende som utarbeider en palliativ plan gjennom dialog og forberedende samtaler. Det kan da stilles spørsmål ved hvorfor denne oppgaven blir skrevet når den er inspirert og basert mye på Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016) når vernepleieren ikke en gang blir nevnt.

Sjørengen (2010) hevder at vernepleieren har noe å bidra med i demensomsorgen, da hun skriver:

«I demensomsorgen trengs det både varme hender, et godt hjerte og et klokt hode. Har vi disse egenskapene på plass, i tillegg til kompetanse, etisk refleksjon og interesse, begynner vi å nærme oss den gode vernepleieren.» (Sjørengen 2010, s. 128).

Ut ifra hvorfor vernepleieren ikke blir nevnt i Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016) og Sjørengen (2010) sin artikkel om vernepleierens plass i demensomsorgen, kan det stilles spørsmål ved om fagpersonene er uenig i vernepleierens relevans innenfor eldreomsorgen.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) påpeker at helsepersonell skal ha et helhetlig menneskesyn. Dette kan ses på den måten at vernepleieren ikke skal være noe bedre enn de andre helsefaglige profesjoner på å se hele mennesket, og dette stemmer nok. Likevel har vernepleieren mye fokus på refleksjon, kommunikasjon og relasjonsbygging gjennom hele utdanningen sin. Det kan tenkes at det kommer av vernepleierens yrkesspesifikke formål og mål er å kunne utføre miljøarbeid for brukere med ulike behov.

Hovedfokuset er derfor ikke medisin, selv om profesjonen også skal ha mye kunnskap om dette feltet.

I en palliativ plan skal det inneholde mye informasjon om medikament, da det er en lindrende plan (vedlegg 1). Men som Driller og Skjørsæter Johansen (Romsdal Budstikke, 2018) påpeker skal den palliative planen inneholde så mye mer. I intervjuet i Romsdal Budstikke omtaler de at den palliative planen skal inneholde informasjon om selve brukeren, og alt som er relevant for helsepersonell å vite om han for å kunne yte god helsehjelp. De sier at den palliative planen også skal inneholde hvilken behandling helsepersonell skal gi gjennom sykdomsforløpet, men det blir ikke sagt direkte medikament. Derfor kan det tolkes slik at lindrende behandling i palliativ fase for brukeren ikke nødvendigvis må være medikamentrelatert, og i alle fall ikke kun medikament.

Leger blir nevnt i Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016) som en av de som er med og utarbeider en palliativ plan. Det er også de som har hovedansvaret ved valg av medikament, og det er kun de, i dette tilfellet ifølge legemiddelloven (1992), som kan skrive ut resept til brukeren på medisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992). Det kan verken vernepleieren eller sykepleieren. Ut i fra dette stilles det spørsmål til vernepleierens fravær i Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016).

6.2 Vernepleierens kompetanse i tilrettelegging

For å kunne utarbeide en palliativ plan vil det være behov for en god kartlegging av personen med demens. Under kartleggingen trengs det at brukeren har en god relasjon til helsepersonellet da han skal kunne åpne seg opp om sitt liv og sine ønsker. Her kommer vernepleierens relasjons- og kommunikasjonskompetanse inn, som både Sjørengen (2010) sin modell (vedlegg 4) og rammeplanen for vernepleierne (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) viser at profesjonen skal ha. Det stilles da krav til at vernepleieren som kommuniserer skal bruke sin fagkompetanse i kommunikasjonen han har med brukeren og da være hjelpende. Vernepleieren skal være observant og lese kroppsspråk, fange opp og tolke brukerens signaler. Dette krever at vernepleieren bruker sin kommunikasjonskompetanse som for eksempel kan være aktiv lytting (Røkenes og Hanssen, 2006). Dette gir et grunnlag for at brukeren skal få kunne oppleve selvbestemmelse eller brukervedvirkning. De fleste personer med demens har på en eller annen måte behov for tilrettelegging for å kunne kommunisere og uttrykke seg, og behovet

for tilrettelegging øker hvor lengre brukeren har kommet i sykdomsforløpet (Engedal og Haugen, 2016).

Når vernepleieren har fått opparbeidet seg en god relasjon med brukeren skal vernepleieren begynne å kartlegge behovet for utarbeidelsen av en palliativ plan for brukeren.

Bent Høie skriver i Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) at han har møtt personer som forteller at de har opplevd både sorg og sjokk etter å ha fått diagnosen demens. Sand (2009) skriver at en kilde til glede er også en kilde til sorg. Det kan også snus om og si at en kilde til sorg er en kilde til glede.

I dette tilfellet er demens kilden, derfor kan Sand (2009) sin påstand tolkes dit at demens også kan være en kilde til glede. Personer som er berørte av demens tolkes dit at de ikke er helt enig med Sand (2009) ut ifra det Høie (2015) skriver.

Her kan vernepleieren stille sin faglige kompetanse innenfor miljøarbeid, og legge til rette for at de berørte opplever å beholde eller øke sin livskvalitet ved å kunne bestemme selv (Eknes og Løkke, 2009).

Men ut ifra dette kan det tenkes at det ikke er alle som er klare eller har/ser behovet for å utarbeide en palliativ plan. Dette må vernepleieren da kunne vurdere, og det kan oppstå et etisk dilemma som Husebø og Klaschik (1998) beskriver. Det kan være tøft å skulle begynne å planlegge livets slutfase for brukeren når han allerede kan være i sjokk og sorg over å få diagnosen demens. Men etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 §3-2 har brukeren krav på informasjon. I denne sammenhengen vil oppgaven for vernepleieren være å opplyse om hva en palliativ plan er, hva den kan inneholde og hva den skal brukes til. Ved å gi brukeren denne informasjonen gis det mulighet for at brukeren skal kunne få oppleve brukerstyring eller brukervedvirkning som kan føre til at han beholder eller bedrer sin livskvalitet (Linde, Thronsen og Nordlund, 2015).

Vernepleieren må hele tiden lytte, observere og gjøre etiske vurderinger om hvor mottakelig brukeren er for informasjon om palliativ plan Husebø og Kalchik (1998). Graden av brukerstyring eller brukervedvirkning må vurderes etter i hvilken grad demenssykdommen har innvirkning på brukeren. Da kan glideskalaen (vedlegg 3) tas i bruk for å få en oversikt over behovet for tilrettelegging for at brukeren skal kunne ha størst utbytte av styring/medvirkning (Eknes og Løkke, 2009). Hvor brukeren er på

glideskalaen må vurderes av vernepleier og pårørende, men det kan tenkes at bruker kan også ha innsikt på selv og gi uttrykk for det hvis bruker har en mild demens (Engedal og Haugen, 2016).

Vil brukeren utarbeide en palliativ plan kan det være behov for verktøy for å kunne kartlegge brukerens ønsker og behov. Det er igjen viktig å påpeke at vernepleieren ikke skal bestemme medikamenter som skal stå på den palliative planen, da dette er legene sitt ansvarsområde. Vernepleieren skal ha kunnskap om medikamentene og kan derfor være med bruker og hjelpe til med kommunikasjon og legge til rette for at brukeren skal forstå, men avgjørelsene angående medikament som skal stå på den palliative planen er legene, bruker og pårørende.

6.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell – et verktøy for utarbeidelse av en palliativ plan

I dette drøftingspunktet vil det bli tatt utgangspunkt fra Heiene (2018) sitt intervju av Driller og Skjørsæter Johansen hvor de forteller hva en palliativ plan kan inneholde. Og det er en person som har fått diagnosen demens som ønsker en palliativ plan etter å ha fått informasjon om den.

For å kunne utarbeide en palliativ plan vil det være gunstig for vernepleieren å ta i bruk vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 5) som et verktøy for systematisk kartlegging i utarbeidelsen.

Karl

Et overordna mål må da være å beholde eller øke livskvaliteten helt til livets slutt. For å kunne oppnå det overordna målet må det bli sett på hva som skal til for at bruker skal oppnå dette målet. Wehmeyer (1996) i Eknes og Løkke (2009) hevder at det å bestemme selv og ha kunne påvirke sine egne dager øker eller er med og opprettholder livskvaliteten. Derfor blir det da satt opp som hovedmål at brukeren bestemmer selv hvordan forløpet skal være fram til livets slutt. Han skal kunne ha selvbestemmelse, brukervedvirkning eller deltakelse. Alt etter hva alvorlighetsgraden av demenssykdommen tillater brukeren å medvirke. Delmålene vil da innebære tilrettelegging av for eksempel kommunikasjon for at bruker skal kunne medvirke (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015).

Vernepleieren vil da ta i bruk delmålene for å kunne kartlegge. Siden en palliativ plan inneholder så mange punkt da det være nærliggende å tro at det kan bli for mye for brukeren å ta alt på en dag. Det kan derfor være greit å dele inn i kategorier og ta et punkt av gangen. For eksempel så kan det starte med livshistorien til brukeren. Den kan blant annet inneholde hvor brukeren har bodd fra han var barn til han er i dag, hva han har jobbet med, om han har barn osv.

For å kunne kartlegge den kan det brukes intervju av både bruker og pårørende som kartleggingsmetode (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015). Dette er en kvalitativ metode, da funnet ikke kan veies, måles eller sammenlignes med andre (Jacobsen, 2005). Etter den første kartleggingen kan det være greit å se på hva som kan være relevant å ta med seg videre. Ved å gjøre det skal vernepleieren foreta en analyse (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015).

Etter å ha kartlagt alt som er relevant for brukeren vil det bli laget et tiltak. Tiltaket vil da være at vernepleieren, som får en godkjenning av brukeren, fyller inn funnene i en palliativ plan (Nordlund, Thorsen og Linde, 2015). For å få en fullstendig palliativ plan vil også legene gå igjennom en prosess sammen med bruker for å sette opp medikament.

Den palliative planen vil måtte evalueres og revideres etter hvert som graden av demens øker, da det kan ha kommet til ny informasjon som vil være relevant, og det kan være nye endringer i ønske for både bruker og pårørende. En palliativ plan må til enhver tid være oppdatert for at den skal kunne brukes når det blir behov (Skjørseter Johansen i Romsdal budstikke, 2018).

For å kunne opprettholde den palliative planen og oppdatere den, kreves det at det er et samarbeid mellom profesjonene som er innblandet. Som Bjarne Håkon Hansen skrev i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) var at det skal lønne seg å samarbeide, for dette skal føre til at brukeren får den rette behandlingen til rett tid og sted. Ut i fra dette kan det derfor tenkes at vernepleieren i kommunen kan og også kanskje bør da være en av samarbeidspartene til spesialhelsetjenesten for at personer med demens opplever å få riktig behandling til riktig tid.

7.0 Avslutning

Denne oppgaven skulle belyse vernepleieren i en rolle som kanskje foreløpig kan være en kontroversiell yrkesretning å gå for en vernepleier.

Problemstillingen var:

Hvordan kan vernepleieren bidra med å tilrettelegge for utarbeidelse av en palliativ plan for mennesker med demens?

Bakgrunnen for dette er erfaringer jeg har gjort meg gjennom mitt valg av arbeidsplass som kommende vernepleier, men også at vernepleieren ikke blir nevnt i Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016), men som jeg anser som en naturlig plass å nevne vernepleieren. Dette ble derfor drøftet sammen med vernepleierens kompetanse for å synliggjøre hvorfor jeg mener vernepleieren kan jobbe innenfor eldreomsorgen hvor en stor del av den inneholder demensomsorg og palliativ omsorg.

7.1 Konklusjon

Sykepleieryrket er et anerkjent yrke som går langt bak i tid og som alle vet hvem de er og hvilken kompetanse de sitter med. Vernepleieryrket derimot er et yngre yrke fra midten av 1900-tallet som ikke er like kjent for alle, og det kan derfor tenkes at de som utarbeidet Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016) ikke vet hva en vernepleier er eller hvilken kompetanse han sitter med. Sykehus eller spesialisthelsetjenesten er heller ikke typisk arbeidsplass for vernepleieren. Dette kan ha ført til at vernepleieren har blitt glemt og blir derfor ikke nevnt i Handlingsplan 2016-2018 (Helse Møre og Romsdal, 2016).

Videre blir vernepleierens kompetanse drøftet opp mot en utarbeidelse av en palliativ plan. Det som kommer fram i drøftingen er at vernepleierens kunnskap om miljøarbeid, kommunikasjon og relasjonsbygging kan være til fordel for personen med demens da demens fører til utfordringer ved blant annet kommunikasjon. Fokuset på å bevare livskvaliteten til brukeren er et stort fokusområde til vernepleieren, og Bardo Driller og Liv Skjørseter Johansen (Romsdal budstikke, 2018) sitt mål er jo å bedre livskvaliteten ved livets slutt.

Å ta i bruk en systematisk arbeidsmodell, vernepleierens arbeidsmodell, ser jeg på som en fordel. Arbeidsmodellen er dynamisk, og kan derfor tilpasses brukeren og behovet for kartlegging. Kategoriene er likestilt, og det kan derfor startes på evalueringen hvis det allerede er et tiltak tilstede. Den ferdige utarbeidede palliative planen skal oppdateres og endres etter hvert som sykdommen utvikler seg, og det vil derfor være behov for flere evalueringer og revideringer av planen. Vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 5) er satt opp som en sirkel, og det kan derav tolkes at den er satt opp på den måten på grunn av at den skal brukes om igjen og den aldri tar slutt før brukeren ikke har behov for en palliativ plan lengre.

Vernepleieren skal ikke erstatte noen profesjon, men for å tilfredsstille

Samhandlingsreformens (St.meld. nr. 47, 2008-2009) mål om å samarbeide bedre mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen kan det tenkes at det er en fordel at flere profesjoner, som for eksempel vernepleieren, er med som bidragsyter.

7.2 Refleksjon

På slutten av 2. studieår begynte jeg å sette opp en liste for hvilke tema jeg ville skrive om. Det ble skrevet ned flere forslag til problemstillinger, og det jeg så gikk igjen av tema var demens og palliasjon. Bakgrunnen for disse temaene gjentok seg er for at jeg ønsker å skrive om temaer som kan være til fordel når jeg skal søke jobb. Jeg vil jobbe innenfor eldreomsorgen, og ser derfor muligheten til å øke min kunnskap om disse temaene ved å skrive en bachelor om dem. Det er også to temaer jeg interesserer meg for også, og ser på det som en fordel da jeg skal bruke mye tid på å jobbe med bacheloren.

Demens og palliasjon er veldig store begreper som kan knyttes opp til utrolig mye. Derfor startet jeg å skrive ned alt jeg visste om temaene. Ut i fra notatene ville jeg velge hva jeg hadde skrevet mest om, og på denne måten bestemte jeg tema.

Videre har jeg har kunne tenkt meg er å sett på er hvordan vernepleieren og sykepleieren sammen kunne ha utfyllt hverandre i en utarbeidelse av en palliativ plan. Dette for at vernepleieren og sykepleieren er to forskjellige profesjoner, og har derfor også forskjellige fokusområder, men begge har som et overordna mål om å tilby en beste tjenesten en bruker kan få.

Å skrive denne oppgaven har vært svært lærerik. Jeg har valgt å skrive om et tema jeg selv synes er veldig interessant. Mine holdninger og erfaringer kan ha vært med å farget og

påvirket utfallet av denne oppgaven. Likevel har jeg etter hvert som jeg har skrevet fått ny lærdom. Min læreprosess kan derfor ses som en hermeneutisk spiral.

Min drøfting kan ha blitt for generell da jeg ser jeg kunne ha fordypet meg enda mer i den palliative planen, og kanskje heller laget en case sånn at den har blitt mer konkret.

Tyngden av lovverk blir for liten i oppgaven, og dette kan ha ført til at det blir skrevet noe som kan tolkes som påstander da det ikke hjemles opp mot en lov.

8.0 Litteraturliste

Askheim, Ole Petter. 2012. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Berentsen, Vigdis Drivdal. 2008. *Geriatrisk sykepleie. Kognitiv svikt og demens*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. reviderte og utvidede utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eknes, Jarle og Jon Løkke, red. 2009. *Utviklingshemming og habilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2016. «Hva er demens?» *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Red. Signe Tretteteig, 13-38. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, Knut og Vigdis Drivdal Brodtkorb. 2016. «Sykdommer, tilstander, og skader som kan føre til demens.» *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Red. Signe Tretteteig, 41-65. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Grov, Ellen Karine. 2014. «Pleie og omsorg ved livets slutt.» *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 522-537. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, Bjarne Håkon. 2008. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. nr. 47 (2008-2009). Helse- og omsorgsdepartementet. 2009.

Heiene, Marit. 2018. Skal bedre livskvaliteten ved livets slutt. *Romsdal Budstikke*.
<https://www.rbnett.no/pluss/2018/01/10/Skal-bedre-livskvaliteten-ved-livets-slutt-15884270.ece>

(Lest: 11.01.2018)

Helse Møre og Romsdal. 2016. Innføring av Palliativ Plan i Møre og Romsdal. Handlingsplan 2016-2018.

<https://helse-mr.no/Documents/2%205%20-%20Innf%C3%B8ring%20av%20palliativ%20plan%20i%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan.pdf>

(Lest: 05.05.18)

Helse Møre og Romsdal. 2016. Samhandlingsstrategi Møre og Romsdal 2016-2018.

<https://helse-mr.no/Documents/2%205%20-%20Innf%C3%B8ring%20av%20palliativ%20plan%20i%20M%C3%B8re%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan.pdf>

(Lest: 05.05.18)

Helsedirektoratet. 2015. *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Rapport IS-2278.

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_h_dir_palliasjonsrapport_160315.pdf

(Lest: 28.04.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. nr. 47 (2008-2009).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

(Lest: 20.04.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 1992. Sist endret: 01.09.2017. Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132?q=lege>

(Lest: 05.06.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. Sist endret: 01.01.2018. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

(Lest: 08.05.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. Publisert i 2011. Sist endret 01.01.2018. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

(Lest: 08.05.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2007. *Demensplan 2015*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf

(Lest: 05.06.18)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Demensplan 2020*.

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

(Lest: 24.04.18).

Høie, Bent. 2015. *Demensplan 2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.

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

(Lest: 24.04.18).

Husebø, Stein, Eberhard Klaschik. 1998. *Palliativ medisin – omsorg ved livets slutt. Praktisk innføring i smertebehandling, symptomkontroll, etikk og kommunikasjon*. Bergen: Eide forlag.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2006. "Frå problemløsningsmodell til problemløsningsprosess." I *Innføring i profesjonelt miljøarbeid: systematikk, kvalitet og dokumentasjon*, 96-139. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis - Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Røkenes, Odd H. og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Sand, Einar. 2009. *Utviklingshemming og habilitering*. Eknes, Jarle og Jon Løkke, red. s. 75-84. Oslo: Universitetsforlaget.

Sjørengen, Marit. 2010. Kapittel 7. *Vernepleieren i eldreomsorgen/demensomsorgen. God miljøterapi har ingen bivirkninger*. Grung, Rolf Magnus, Hanne Line Wærnes og Cato B. Ellingsen (red.). 2010. *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen*. S. 128-139.

Fellesorganisasjonen 2010. <https://www.fo.no/getfile.php/134763-1291633956/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierboka%202010/07%20Vernepleierboka.pdf> (Lest: 09.05.2018)

Skau, Greta Marie. 2011. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Statistisk sentralbyrå. 2013. *Dødsårsaker (opphørt), 2012*.

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak>

(Lest: 25.04.18)

Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. Rammeplan for vernepleierutdanning.

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

(Lest: 11.05.18).

World Health Organization. 2011. *WHO Definition of Palliative Care*.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Lest: 07.05.2018).

Muntlig referanse:

Driller, Bardo. 2018. Helse Møre og Romsdal.

Bekreftet pr. e-post den 30.04.18 fra Driller at det var ok at forfatter refererte til hans foredrag under Demenskonferansen 2018.

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1 - Eksempel på en palliativ plan

Navn/ fødselsdata:

Plan for palliative tiltak:

Diagnoser:

Ved smerte eller dyspné: (Morfin)

Allmennfunksjon:

Ved panikk eller angst, uro: (Dormicum)

Aktuelt:

Ved kvalme eller delir: (Haldol)

Etikk (informert eller formodet samtykke):

Ved dødsralling: (Scopolamin/ Robinul)

Føringer:

Ved feber eller smerte: (Novalgin)

Dokumentasjon: - Se journalnotat fra

Andre tiltak:
Seponer alle medikamenter som er unødvige eller bidrar til forlengelse av pasientens dødsprosess.

Bruk sc. Tilførsel med butterfly av alle medikamenter som bidrar til palliasjon.

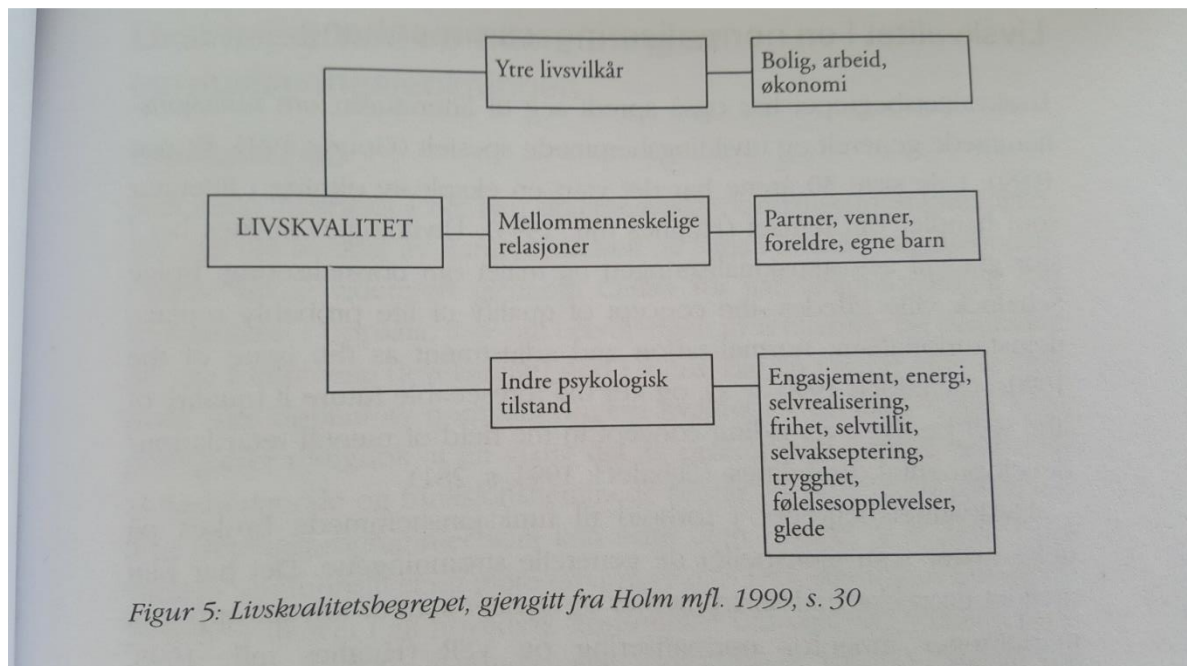
Kontakt:	Dato og underskrift (lege og sykepleier):
Pårørende NN, telefon:	
Lege Telefon	
	Sykehjemslege Avdelingssykepleier

Verdighetsenteret

<https://www.verdighetsenteret.no/fagutvikling-og-fagstoff/omsorg-ved-livets-slutt/eksempel-pa-en-palliativ-plan/>

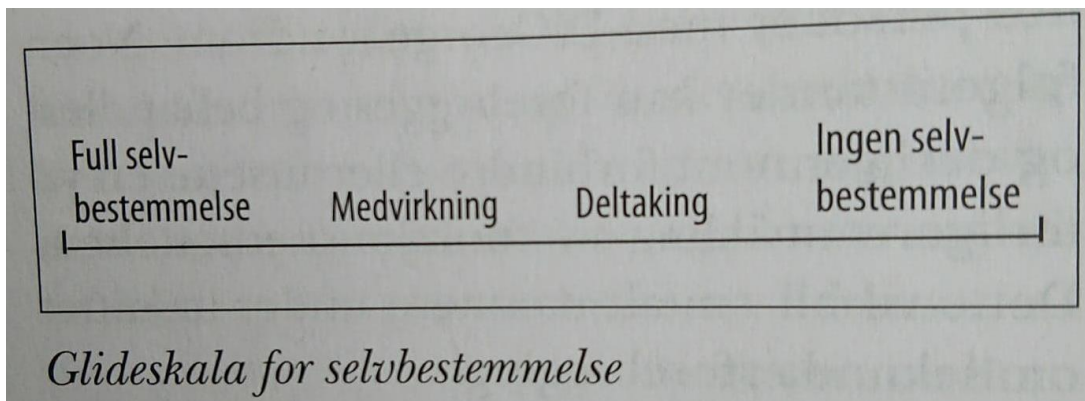
(Lest: 25.04.2018)

Vedlegg 2 – Livsstilsbegrepet



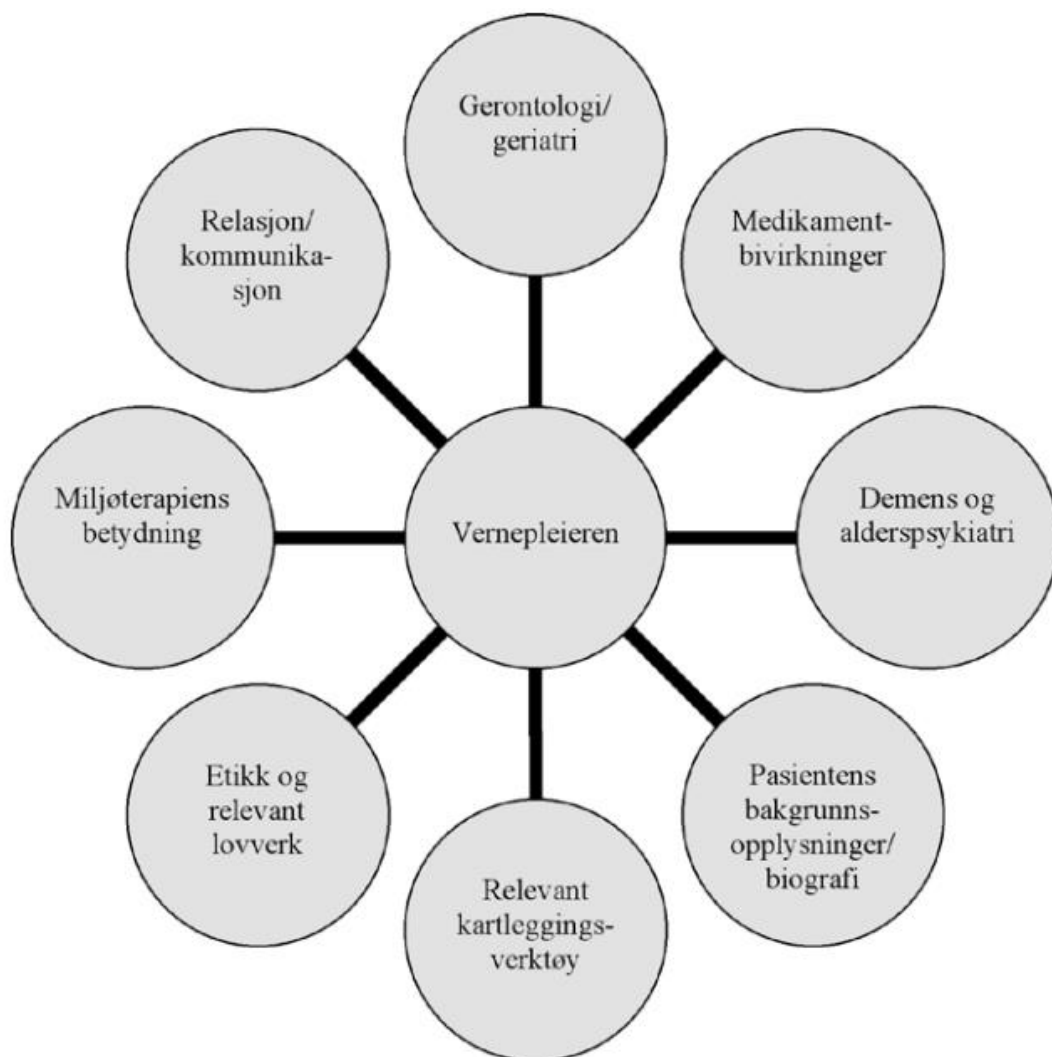
(Askheim, 2012 s. 73)

Vedlegg 3 – Selvbestemmelse



(Eknes og Løke, 2009 s.22)

Vedlegg 4 – Vernepleierens kunnskap og ferdigheter i demensomsorgen



(Sjørengen, 2010 s. 135)

Vedlegg 5 - Vernepleierens arbeidsmodell

