



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan en vernepleier legge til rette for økt brukermedvirkning for mennesker med nonverbal kommunikasjon? How can a social educator provider facilitate increased user involvement for people with nonverbal communication?**

Karoline Nordstrand

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Molde, 09.06.2020



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sandra Weltzien

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Dato:





Antall ord: 11199

**FORORD:**

*«Sakens kjerne er at alle pleierne behandler oss som om vi er på bortebane, og at dette egentlig er deres hjem. Det er de som eier plassen her og kontrollerer det hele. Det fører til at vi føler oss som om vi er på bortebane hele tiden og i alle situasjoner, og det kan være en påkjønning. Jeg skulle ønske at vi hadde flere med-spillere her.»*

(beboer)

Vatne, Solfrid (2003)

# Innhold

<b>FORORD:</b> .....	<b>7</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hvorfor er dette tema relevant for oss som vernepleiere? .....	2
1.3 Formålet med oppgaven og hvordan oppgaven er delt opp .....	3
1.4 Oppgavens disposisjon .....	3
<b>2.0 Problemstilling</b> .....	<b>4</b>
2.1 Avgrensning av problemstilling .....	4
2.2 Begrunnelse .....	4
2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen .....	5
2.4 Brukerorientert perspektiv .....	6
2.5 Grad av medvirkning/tilpassing .....	6
2.6 Vernepleieren .....	7
2.7 Kommunikasjon .....	8
2.8 Nonverbal kommunikasjon .....	8
2.9 Mennesker med nonverbal kommunikasjon .....	8
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie .....	9
3.2 Kildekritikk .....	9
3.3 Feilkilder .....	10
3.4 Forforståelse .....	10
3.5 Vitenskapsteori .....	11
3.5.1 Positivismen .....	11
3.5.2 Hermeneutikken .....	11
<b>4.0 Teori</b> .....	<b>12</b>
4.1 Brukerens og vernepleierens roller og krav .....	12
4.2 Vernepleierens roller og krav .....	13
4.3 Vernepleierens rollemodell og viktige prinsipper i vernepleie .....	14
4.4 Makt, Rolle og Avmakt .....	14
4.5 Empowerment .....	15
4.6 Etikk og tillit mellom brukere og vernepleier .....	16
4.7 Å ha selvbestemmelse og kunne ta egne valg .....	17
4.8 Menneskeverd og rettigheter .....	18



4.9	Mestring og hverdagsmestring .....	19
4.10	Kommunikasjon .....	19
4.10.1	Den nonverbal kommunikasjon .....	19
4.11	Afasi .....	20
4.12	Forskning .....	21
4.13	Alternativ og supplerende kommunikasjonsverktøy (ASK) .....	22
4.14	Kompetanse og kunnskap om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter	22
<b>5.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>23</b>
5.1	Roller og krav til bruker og vernepleier i forhold til brukermedvirkning .....	24
5.2	Vernepleierens og brukers perspektiver og roller. ....	27
5.3	Hvordan kan vernepleierens kompetanse og kommunikasjonsferdigheter legge til rette for økt mestring og selvbestemmelse i brukeren hverdag .....	28
5.4	Vernepleierens kompetanse og kunnskap om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter .....	30
<b>6.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>32</b>
<b>7.0</b>	<b>Refleksjon og konklusjon .....</b>	<b>32</b>
<b>8.0</b>	<b>Litraturliste .....</b>	<b>34</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Denne oppgavens overordnede tema er brukermedvirkning for mennesker med nonverbal kommunikasjon, med et fokus på relasjonen mellom brukeren og personal. Bakgrunnen for dette temaet er at brukermedvirkning står svært sentralt i dagens vernepleierutdanning og er et viktig begrep som dukker opp i flere vernepleierfaglige områder, for eksempel i sosiologi, juss, utviklingspsykologi, individuell plan osv. Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver i sitt kapittel om historisk sammenheng at ifølge rammeplanen for vernepleierutdanningen er formålet blant annet å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere. Videre skriver de at utviklingen i utdanningen har skiftet fokus og i senere tid er selvbestemmelse og aktiv deltakelse et av hovedfokusene. Fra tidligere av var fokuset på nødvendig pleie og omsorg, videre til fokuset om opplæring og arbeidstilbud. Brukermedvirkning hos personer som er nonverbale er et tema jeg brenner for fordi jeg føler at helsepersonell som har direkte kontakt med brukere, har forskjellig forståelse og tar forskjellige vurderinger overfor hva brukermedvirkning er. Det at vi utøver vårt brukerorienterte arbeid forskjellig. Jeg tenker det er viktig for en vernepleier å kunne legge til rette for at de som har nonverbal kommunikasjon skal ha mulighet til å kunne ta viktige valg som påvirker hverdagen. Valg som er viktige for brukeren, er ikke nødvendigvis viktige i vernepleierens personlige liv, men vernepleieren må se brukeren og hva som er viktig for denne personen. Et eksempel kan være spørsmålet om hvilken bukse bruker ønsker å ha på seg. Dagsform og humør påvirker valg av klær, om vi er verbal eller nonverbal. Blir valget en romslig joggebukse eller føler brukeren at akkurat denne dagen vil han/hun kle seg i en dongeribukse? Vernepleieren skal være der for brukeren og hjelpe og tilrettelegge for at de skal oppleve mest mulig selvbestemmelse og god livskvalitet og at de skal oppleve mestring og ikke føle avmakt.

Bakgrunnen for valg av tema ligger også i forholdet mellom brukeren og vernepleieren, og deres roller, rettigheter og krav i et samarbeid dem imellom. Brukeren har på sin side lovbestemt rett til å medvirke i sitt liv. Dette er har hjemmel i lov om pasient- og brukerrettigheter. «§ 3-1. *Pasientens eller brukerens rett til medvirkning - Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester*» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, §3.1, 2011).

I yrkesetisk grunnlagsdokument som vernepleiere skal følge og arbeide ut ifra står det om verdier som forplikter. «*Respekten for enkeltindividets verdier og ønske om kontroll over eget liv er grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid*» (Fellesorganisasjonen, Yrkesetisk grunnlagsdokument, 2000).

Her kan man se at brukeren har rett til å kunne medvirke i sitt eget liv, og at vernepleiere har ei plikt til å respektere brukeren og ønsket om å ha kontroll over eget liv. Hvordan kan dette samarbeidet bli best mulig og gi brukeren kontroll over sitt eget liv og dermed økt livskvalitet? Etter å ha sett hvor mye brukermedvirkning kan påvirke menneskers liv, både positivt og negativt, har jeg virkelig begynt å brenne for hvor viktig kunnskapen rundt brukermedvirkning er. Dette vil jeg se nærmere på i denne oppgaven.

## **1.2 Hvorfor er dette tema relevant for oss som vernepleiere?**

Temaet brukermedvirkning er stort, og kan ses fra flere synsvinkler. Vi får høre og lære tidlig under utdanningen at brukermedvirkning er en stor del av vår jobb som vernepleiere. Vi må tilegne oss den kunnskapen vi trenger for å utøve en god jobb. Kunnskap om brukermedvirkning får vi under utdanningen og gjennom arbeidspraksiser der vi får se konkret hvordan brukermedvirkning påvirker brukere. Vi blir aldri utlært om dette temaet. Alle brukere vi møter har forskjellige behov og utfordringer, og som vernepleier må vi kunne se muligheter og kartlegge hvordan vi kan tilrettelegge for brukermedvirkning. Temaet er relevant for ikke bare vernepleiere, men alt av helsepersonell. Vi kan dele kunnskap, opplevelser og erfaringer, og dermed øker vi en felles kompetanse rundt dette temaet. Om vi jobber med eldre, barn, personer med ulike hemninger eller rus, så hører vi om brukermedvirkning. Vernepleiere jobber med mennesker som har ulike utfordringer og behov, men brukermedvirkning er noe som alle har rett på.

Brukermedvirkning er også et hjelpemiddel som vi bruker for å gi brukeren følelse av

mestring og kontroll over eget liv. Brukermedvirkning som et hjelpemiddel er veldig relevant for vernepleiere. Økt kunnskap om brukermedvirkning og dens konsekvenser, både positive og negative, vil kunne øke kvaliteten av hjelpen og omsorgen vi gir til brukeren. Fagkunnskaper og bevissthet rundt dette temaet vil påvirke hvordan vi utøver vår jobb. Brukermedvirkning kan også sees som et mål og et resultat av vår tankegang og arbeid. Å ha brukermedvirkning som et mål er noe som hver eneste vernepleier bør sette seg, og oppnår vi økt brukermedvirkning som et resultat har vi gjort en god jobb.

### **1.3 Formålet med oppgaven og hvordan oppgaven er delt opp**

Denne oppgaven har som formål å belyse brukermedvirkning og dens konsekvenser. Jeg ønsker å sette fokus på hvordan en vernepleier kan fremme brukermedvirkning hos personer som er nonverbale, samt hvilke kommunikative strategier som kan bidra til å fremme brukermedvirkning. Jeg ønsker videre å belyse hvor lett det er å «overkjøre» en bruker i små valg som da kanskje er viktige for brukeren, men som vernepleieren ikke synes er like viktige. I en hektisk arbeidshverdag kan målet for vernepleieren være å få brukeren stelt og påkledd, mens hos brukeren kan målet være å få velge klær selv, ut ifra hva han eller hun ønsker akkurat denne dagen. En mer åpen kommunikasjon og fokus på et felles mål vil kunne gi et bedre utgangspunkt til økt brukermedvirkning. Vernepleieren bør ha fokus på hva brukeren ønsker, og på hvilket mål brukeren har for denne situasjonen. Vernepleierens mål vil bli oppnådd og brukeren har fått tatt egne valg underveis. De valg som vernepleieren tar angående kommunikasjon med bruker, og hvordan hun/han vurderer brukeren, vil påvirke brukermedvirkningen.

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1 beskriver begrunnelse for valg av tema, samt relevansen av temaet. Kapittel 2 inneholder en grundigere gjennomgang av problemstillingen og ulike begreper som jeg vil drøfte ut ifra problemstillingen. Kapittel 3 redegjør for hvilken fremgangsmåte og metodevalg jeg har brukt og hvordan jeg har funnet ønsket litteratur. Her vil jeg også nevne kildekritikk. Kapittel 4 inneholder teori og litteratur som jeg skal bruke i drøftingsdelen. I kapittel 5 drøfter jeg ut ifra teorien jeg har i kapittel 4. Til slutt vil kapittel 6 inneholde en avslutning av drøftingsdelen, samt en refleksjon over hele bachelorperioden og selve skrivingen.

## 2.0 Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling: Hvordan kan en vernepleier legge til rette for økt brukermedvirkning for mennesker med nonverbal kommunikasjon?

Når jeg skulle velge problemstilling, stilte jeg meg spørsmål som har med temaet å gjøre. Hvor mye kan en vernepleier bidra med? Hvordan kan vernepleieren gå fram og øke brukermedvirkningen til mennesker som har nonverbal kommunikasjon? Hvordan kan en vernepleiere få øke kompetansen og kunnskapen rundt brukere med nonverbal kommunikasjon? Hvilke positive konsekvenser har det at vernepleier og bruker har samme mål? For meg er dette viktige spørsmål å stille seg når man skal jobbe seg fram til en problemstilling og et «svar».

### 2.1 Avgrensning av problemstilling

Omfanget av problemstillingen er stor, og dermed vil jeg avgrense problemstillingen her. Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til om hvordan vernepleieren kan legge til rette for økt brukermedvirkning i hverdagslige handlinger hun/han må bistå bruker i. Det jeg da tenker på er handlinger som påkledning og lignende. Handlingen om påkledning under morgenstell vil bli brukt i drøftingsdelen av oppgaven.

Jeg har også valgt å vinkle problemstillingen inn på brukere som er nonverbale og deres utfordringer og muligheter for økt brukermedvirkning. Jeg har valgt å avgrense til kognitivt friske, men nonverbale mennesker.

Kommunikasjon er viktig mellom vernepleieren og brukeren når man ønsker å øke brukermedvirkning hos en bruker. Jeg har valgt å avgrense kommunikasjonsmetoder til light writer/talemaskin som brukeren bruker for å kommunisere med vernepleieren.

### 2.2 Begrunnelse

Min begrunnelse av valg av problemstilling, samt de avgrensningene jeg har valgt er basert på den økende interessen og nysgjerrigheten jeg har fått rundt brukermedvirkning. Vi alle, helsepersonell eller ikke, hører og leser om situasjoner der mennesker ikke har fått tatt del i store avgjørelser som påvirker deres liv. På arbeidsplasser prater man mye om valg av

livsstil, valg av boplass, bruken av økonomi og lignende for brukere. Dette er av de større avgjørelser som kan være vanskelige for både brukeren selv, verger og personal ta hensyn til. Min interesse har vinklet seg inn på de litt mindre avgjørelser og valg. Og min nysgjerrighet rundt dette handler om de små valgene som brukeren kan få i løpet av hverdagen. Hvilken betydning har disse valgene for humøret, selvfølelsen og hvordan dagen har vært for brukeren. I drøftingsdelen av oppgaven vil en situasjon rundt valg av klær på morgen bli drøftet. Hvilke valg er av størst betydning for brukeren? Hva er viktig for brukeren? En avgjørelse som kan virke liten og ubetydelig for vernepleieren, kan være et viktig og betydelig valg for brukeren. Konsekvensene kan påvirke brukeren i stor grad om valg av bukse er viktig for brukeren, men han/hun ikke får ta del i dette valget. Har brukeren litt mageverk og valget av joggebukse bedrer på det ubehaget, så er det det riktige valget for brukeren. Mener vernepleieren at brukeren skal se bra ut på kino, ved å ha på seg en dongeribukse, og dermed overstyrer valget om valg av bukse, er brukermedvirkningen lite tilstede. Hvilke konsekvenser vil denne situasjonen gi brukeren? Dette er noe jeg ønsker å se nærmere på.

## 2.3 Definisjon av begreper i problemstillingen

### **Brukermedvirkning**

*«Brukermedvirkning betyr at tjenestetilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren»* (Helse Norge, 2018). Ordet brukermedvirkning vil komme flere ganger i løpet av oppgaven, og det er denne definisjonen jeg vil gå ut ifra. Vi som vernepleiere har det som en plikt å være bevisst på at vår jobb skal inneholde brukermedvirkning. Helsedirektoratet har skrevet om forholdet mellom brukermedvirkning og plikten som helsepersonell har.

*«Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud»* (Helsedirektoratet, 2017).

I denne oppgaven vil mitt fokus være at brukermedvirkning er noe som alle har en rett på. Vi har alle rett til å kunne bestemme over vårt eget liv, og ulike valg som kan påvirke oss.

Definering av ordet brukermedvirkning kan ofte være vanskelig siden omfanget av ordet er så stort og at det ofte brukes og sammenlignes med andre ord, som for eksempel selvbestemmelse, brukerperspektiv og empowerment. Der er mye likhet mellom de begrepene og det kan derfor bli litt forvirrende, i teori delen vil begrepene beskrives.

## 2.4 Brukerorientert perspektiv

Røkenes og Hanssen (2004) skriver om fagpersoner som er brukerorientert skal ivareta andres interesse og autonomi, og at en slik person vil søke å forstå brukerperspektiv.

«Den intersubjektive forståelsen av brukerens perspektiv er svært sentralt i brukermedvirkning, da den er selve grunnlaget for å kunne fatte brukerens orientering og legitim beslutning om tiltak. Brukermedvirkning og brukerperspektiv er to begrep som har ulikt innhold og er gjensidig avhengig av hverandre i praksis» (Humerfelt 2005).

## 2.5 Grad av medvirkning/tilpassing

Alle individ er ulike, og vi har alle våre individuelle behov og ønsker, og vi er i forskjellige stadier i livet. Dette påvirker vår grad av medvirkning. Som Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver «*Grad av selvbestemmelse må ses i sammenheng med alder, modenhet og hva saken gjelder*» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015, s: 101). Videre skriver de at «*Noen har mye ressurser til medvirkning når avgjørelser skal tas, andre vil i mindre grad ha oversikt over konsekvenser ved ulike valgmuligheter*» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015, s: 106). Grad av medvirkning er en vurdering som vernepleieren må ta hensyn til. I min problemstilling skal jeg legge vekt på å øke brukermedvirkning hos personer som er nonverbale. Å være nonverbal vil påvirke graden av medvirkning.

## 2.6 Vernepleieren

I fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere står det skrevet.

*«En sentral utfordring er å legge til rette for deltagelse og selvbestemmelse i ulike situasjoner som hverdagslivet består av, også for de personer som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker. Gjennom målretta miljøarbeid og gode relasjonelle ferdigheter kan vernepleiere gi sosial støtte, veiledning og opplæring som bidrar til økt selvbestemmelse for den enkelte» (FO, Om vernepleieryrket, 2000).*

Vernepleier er et autorisert helsepersonell som har legemiddelhåndteringskompetanse, og de driver miljøarbeid, habilitering- og rehabilitering. Vi som vernepleiere har kompetanse innen helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi. Vernepleiere kan legge til rette for å bistå personer med ulike fysiske-, sosiale- og kognitive utfordringer. Som vernepleier kan man jobbe innenfor eldreomsorgen, rusomsorgen, skole, barnevernstjenesten, psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenester for å nevne noen. (FO, 2020).

Owren og Linde (2011) skriver at en vernepleierens grunnkompetanse er tredelt. Det innebærer helse, pedagogisk og sosialfaglig. Dette brede kunnskapsgrunnlaget gjør at vernepleiere kvalifiseres til å utføre profesjonelt miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid i samarbeid med mennesker med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvansker (FO, 2020).

Vernepleierens kompetansegrunnlag gir et unikt ståsted for å kunne se faglige utfordringer, tverrfaglig og til å kunne bidra til utviklingen av tverrprofesjonell samhandlingskompetanse i velferdstjenestene.



## 2.7 Kommunikasjon

Røkenes og Hanssen (2004) skriver at ordet *Kommunikasjon* kommer fra det latinske verbet *communicare*, som da betyr «å gjøre felles». Videre skriver de at alle mennesker har en grunnleggende evne til å kunne kommunisere, så det vil da si at vi kan til en viss grad kommunisere med alle mennesker, verbalt eller nonverbalt. Eide og Eide (2016) definerer kommunikasjon som meningsfylte tegn mellom to eller flere parter.

«Formålet med kommunikasjon er tosidig. 1) Å bli kjent med den andre og skape tillit. 2) Å gi informasjon, undervisning og veiledning for å gjøre en best mulig jobb» (Grasaas, Sjursen og Stordalen, 2014, s131).

## 2.8 Nonverbal kommunikasjon

Grasaas, Sjursen og Stordalen (2018) skriver at nonverbal kommunikasjon handler om hvordan vi bruker mimikk, blick, stemmen og kroppsdeler, og at nonverbal kommunikasjon også kalles kroppsspråk. Ifølge Grasaas, Sjursen og Stordalen (2018) så omhandler ikke kommunikasjon bare om ord, men også om hvordan vi uttrykker oss uten ord, og at ord er bare en tredjedel av kommunikasjonen vår. Taushet er også en måte å uttrykke seg på, for den nonverbale kommunikasjonen omhandler blick, hodebevegelser, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og bevegelse med armer og ben. Vårt nonverbale uttrykk kan bidra til å avsløre det vi forsøker å formidle, Grasaas, Sjursen og Stordalen (2018). Jeg vil komme tilbake med mer om nonverbal kommunikasjon i teori delen hvor jeg kommer til skrive mer om hva det vil si å være nonverbal.

## 2.9 Mennesker med nonverbal kommunikasjon

Av ulike grunner er noen mennesker det vi kaller nonverbale. Dette innebærer at de har en funksjonshemming som påvirker deres måte å kunne kommunisere med andre mennesker. Grasaas, Sjursen og Stordalen (2018).

## 3.0 Metode

Dalland (2011) skriver at metode forteller oss noe om hvordan vi burde gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap, begrunnelsen for at vi velger en bestemt metode er at den gir oss god data og belyser spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Videre sier Dalland (2011) at metode er redskapet vi bruker når vi har noe vi vil undersøke.

### 3.1 Litteraturstudie

Jeg baserer min bacheloroppgave på litteraturstudie. Jeg har tatt utgangspunkt i min problemstilling når jeg har valgt litteratur. Litteraturstudie består av å lese teori og empiri og jeg har prøvd å bruke så ny litteratur som mulig for å få nyeste forskningen på det. Jeg har brukt bibliotekets database ORIA som er en database med blant annet tidligere bachelorer på, der er også artikler og bøker. Jeg har også søkt opp bøker som ikke står på pensum på Nasjonalbiblioteket (Nb), og brukt Google på søkeord for å finne bøker og artikler.

Søkeorda mine er: Nonverbal kommunikasjon, kommunikasjon, kommunikasjonsmetoder og redskap, bruker (medvirkning), empowerment, selvbestemmelse, mestring, etikk og makt. Dette er søkeord jeg har valgt selv, men det finnes mange flere søkeord som jeg har vurdert å tatt i bruk. Ut ifra de søkeordene jeg har brukt, føler jeg at jeg har fått tilstrekkelig med litteratur. Har derfor ikke vurdert andre søkeord.

### 3.2 Kildekritikk

Dalland (2011) skriver at kildekritikk omhandler vurdering og karakterisering av litteratur som blir benyttet. Jeg kan bruke kildekritikk som hjelpemiddel når jeg skal vurdere om kildene jeg bruker er valide. Ifølge Dalland (2007) betyr validitet at de tema som man søker må være gyldig og relevante, og at reliabilitet står for at kildene man bruker er riktig.

Langdridge (2006) skriver om *reliabilitet*, som handler om pålitelighet. «Reliabilitet har å gjøre med hvor stabilt det vi måler er. Gir undersøkelsen samme resultat mer enn en gang, eller var resultatet et engangstilfelle?» (Langdridge, 2006:41). Pensumlitteraturen jeg har benyttet i denne oppgaven anser jeg som pålitelig. Dette er fordi høyskolen kvalitets sikrer den gjeldende pensumlitteraturen de bruker. Min selvvalgte litteratur, både

forskningsartikkelen fra Forskning.no og bøker utenom, har da hatt forfattere som har skrevet bøker, artikler og forskning tidligere og flere høgskoler har innlegg på den siden. På bakgrunn av dette anses de ulike forfatterne pålitelige.

### **3.3 Feilkilder**

Forforståelsen min kan være en feilkilde. Jeg har skrevet denne oppgaven ut fra noe jeg brenner for som kan gjør at jeg har blitt farget av min forforståelse. For å unngå at min forforståelse skal farge oppgaven for mye så har jeg forsøkt å legge mest mulig vekt på litteraturen og teori. Jeg har prøvd så langt det har latt seg gjøre at det er fakta og teori som kommer frem, og ikke min egen forforståelse. Gammel forskning, eller for gamle bøker kan også være en feilkilde, så man må være kritisk og undersøke om det er valid teori og forskning.

### **3.4 Forforståelse**

Røkenes og Hanssen (2004) sin definisjon på forforståelse er at vi forstår andre på bakgrunn av våre egne følelser, erfaringer og tanker. De skriver at den som forstår, den forstår ut ifra noe.

Min forforståelse når det kommer til brukermedvirkning hos mennesker med nonverbal kommunikasjon kommer fra at jeg har jobbet med mennesker som har nonverbal kommunikasjon i flere år. Jeg har ofte sett det blir tatt avgjørelser uten at personalet tenker over det at brukeren har en mening om det, og vi jobber i rutiner og at tiden ikke alltid strekker til. Det er de store avgjørelsene i livet til en bruker vi husker, ikke de små avgjørelsene.

Jeg tenker at det er lett og ha en mening om hva brukeren skal ha på seg, ut ifra hva du selv synes er fint og hva du synes kan vær fint på brukeren. Om det er søndag eller om brukeren skal på kino så tenker vi at brukeren burde ha på seg fine klær uten å tenke over om dette er det brukeren selv ønsker, det er viktig at brukeren ikke føler avmakt og at vi ikke utøver unødvendig makt. For meg er det viktig å ikke glemme at vi er en «hjelper», vi skal gjøre det brukeren ønsker å gjøre, men ikke alltid kan gjøre. Jeg tenker ofte tanken: min arbeidsplass men deres hjem.

## 3.5 Vitenskapsteori

### 3.5.1 Positivismen

Positivismen handler om at all informasjon skal kunne bekreftes. Som Dalland (2011, s. 50) skriver skal «*kunnskapen kunne prøves empirisk, vurderinger og bedømmelser erstattes av målinger*».

Aaland (2013) skriver at positivismen bygges på en forståelse at det ikke finnes noe vedsiden av eller «bak» det sansbare og empiriske gitte, altså det du ser er det som er. Aaland (2013) skriver at kanskje noe av det viktigste vi lærer av positivismen strenge metoder, er å skille mellom tolkning og observasjon, eller mellom teori og empiri. Aaland (2013) har et godt eksempel på beskrivelsen av skille mellom positivismen og hermeneutikken: «*jeg ser du er lei deg*» det er en fortolkning av situasjonen. Positivismen: «*Jeg ser du gråter*». Det er fakta. Grunnen til man kan si det er at du gråter er ikke nødvendigvis at fordi du er lei deg, men kan være at du skrellet løk.

Deler av denne oppgaven er forankret i positivismen ved at definisjoner og beskrivelser er forankret ved teori, som er bekreftet. Feilkilder og god kildekritikk er tatt hensyn til.

### 3.5.2 Hermeneutikken

Hermeneutikk handler om å tolke og forstå. Dalland (2011) skriver videre om dette slik «*Hermeneutikk handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens*. (Dalland, 2011. s.56). Derfor er denne oppgaven basert på denne tilnærmingen på grunn av at det er viktig for helsepersonell å være bevisst på denne tankemåten. Brask, Østby og Ødegård (2016) Skriver at miljøarbeid ha en sentral rolle i vernepleierens arbeid og kompetanse, definisjonen av miljøarbeid kan variere noe, men det dreier seg hovedsakelig om en faglig tilnærming for å påvirke både *rammefaktor* og *individuelle forutsetninger* i retning av at vernepleier er med på å gi økt livskvalitet og mestringsevne hos brukarene. Altså vi som vernepleier jobber med målrettet miljøarbeid der vi har fokuset på tilrettelegging av psykisk, fysisk og sosiale for å oppnå et bedre livskvalitet og personlig utvikling og vekst hos hver enkel bruker. Jeg ønsker i drøftingsdelen å få en bedre forståelse av konsekvenser av brukermedvirkning, ved å tolke teori og erfaringer.

## 4.0 Teori

### 4.1 Brukerens og vernepleierens roller og krav

Brukermedvirkning krever at både bruker og vernepleier trer inn i riktige roller, og mestrer de kravene som brukermedvirkning innebærer. Grasaas, Sjørusen og Stordalen (2019) forklarer brukermedvirkning som den innflytelse brukeren har i utforming av tjeneste og i beslutningsprosesser, der hvor brukeren selv er berørt. Vatne (2003) skriver at det forventes av brukeren at han eller hun skal innta en aktiv rolle som deltaker og medvirker i prosessen. Vatne (2003) forklarer videre at brukermedvirkning stiller et krav til brukeren, det at brukeren for eksempel må formidle sine behov til en viss grad og kunne da til en viss grad medvirke i samarbeidet. Grasaas, Sjørusen og Stordalen (2019) sier det at brukeren skal innta en rolle, en rolle hvor brukeren selv er aktiv i egen behandling og problemløsning. Videre kan vi da si at det som er sentralt i brukermedvirkning, er brukerens selvbestemmelse og evnen til å mestre eget liv.

Ifølge Høybråten (2004) er det viktig at vi reflektere over hva som er reell brukermedvirkning, han advarer mot manglende bevissthet, han sier at det er mangelfull begrepsforklaring som knyttes til den basale teoretiske forforståelsen for brukermedvirkning. Dette kan føre til at det blir et «alibi» for helsepersonell, og ikke reell brukermedvirkning. Videre sier Høybråten (2004) at forutsetningen er parallelle endringer, dette må skje både på individ nivå og systemnivå. Han skriver at på individ nivå handler det om de som deltar i samhandlingen, brukeren og de profesjonelle. System nivået omhandler dette organisasjoner og nærmiljø, der hvor både bruker og fagfolk sees som en del av systemet. Høybråten (2004) skriver at det er fagfolket som har hovedansvaret for reell brukermedvirkning dette i samhandling med bruker, å at dialogen mellom bruker og yrkesutøver forutsettes. Yrkesutøver må vær bevisst i egen rolle og funksjon for å ivareta prinsippene i empowermenttenkningen, og være bevist hvordan man samhandler med bruker.

## 4.2 Vernepleierens roller og krav

Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at miljøarbeid er en sentral posisjon i vernepleierens kompetanse og arbeid og at definisjonen av miljøarbeid kan variere, men at det dreier seg om faglig tilnærming for å påvirke både rammefaktorer og de individuelle forutsetninger for økt mestring og livskvalitet hos brukeren.

Brask, Østby og Ødegård (2016) forteller videre om de fire rolleforventningene til en vernepleiere.

*Partnerperspektivet* som man kan anse som vernepleieren sitt hovedperspektiv, denne gjør at vernepleieren er først og fremst dialogisk orientert. En vernepleier som inntar dette perspektivet her har fokus på mestringsmuligheter og ressurser, og er preget av et anerkjennende bruker- og likemannsperspektiv.

*Ansvarsperspektivet*: dette omhandler i grunnen de å gjøre de rette tingene til rett tid. Det er i prinsipp et monologisk perspektiv og her har vernepleieren en mer styrende rolle. Dette omhandler det å ha kunnskapen og verdier som kan støtte under det at vernepleieren får en mer styrende rolle.

*Brobyggerperspektivet*: dette perspektivet er lik på partnerperspektivet, fordi at det er et dialogisk perspektiv. Her er vernepleieren prosessorientert og bygger på verdier og kunnskap preget av myndiggjøring og ressursorientering, samtidig som vernepleieren retter oppmerksomhet mot bruker og rammebetingelser som omgir brukeren.

*Pådriverperspektivet*: her er vernepleieren målorientert og problemorientert og slik som ansvarsperspektivet regnes begge som monologiske perspektiver. Pådriverperspektivet dreier seg om verdier og kunnskap som belyser monologiske prosesser på et systemnivå. Så når en vernepleier da gir veiledning så påtar vernepleieren seg et pådriverperspektiv. (Brask, Østby og Ødegård, 2016)

### **4.3 Vernepleierens rollemodell og viktige prinsipper i vernepleie**

FO (2017) om generelle problemløsningsmodell. Det er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak/arbeid der et miljø eller brukeren ønsker endring. Vernepleiere har en slik modell, som brukes for å ivareta og tydeliggjør samspillet mellom hjelper og bruker. FO (2017) skriver videre at det er faglig forankring og etterrettelighet i den profesjonelle hjelpen, sikres gjennom analytisk og etisk refleksjoner i modellen. Hensikten med en slik modell er å etterstrebe at brukeren selv skal være deltakende aktør i hele prosessen.

Videre skrives det i FO (2017) at en vernepleier skal ha brukerens behov som utgangspunkt, vernepleie er det å øke rettsikkerhet, likeverd og det å bedre levevilkår for den enkelte. Fo (2017) sier at alle mennesker har rett til selvbestemmelse og at de har rett på å leve et verdig liv ut ifra sine egne ønsker og forutsetninger. En av det viktige oppgavene er å bistå den andre til å synliggjør det behovet og kompetansen personen selv har.

*«Vernepleie har fokus på hverdagen. Aktiviteter knyttet til hverdag og fritid er i vernepleie sammenvevd i det pedagogiske-, psykologiske-, helse- og sosialfaglige arbeidet. Dette gjør vernepleieryrket unikt» (FO,2017).*

### **4.4 Makt, Rolle og Avmakt**

Skau (2012) skriver at i møte med brukere so representerer profesjonelle hjelpere ikke bare seg selv og sin profesjon, men de representerer også et offentlig makt- og hjelpeapparat. For foruten om yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter så har de også maktmidler til rådighet, som gir muligheten til legalisert bruk av tvang. Skau (2012) never også at noen fagfolk tar det for gitt at de har rett og en plikt til å kunne bestemme både samhandlingens innhold og prosessens form. Dette at det er nå de profesjonelle som vet hva som er best og hva brukeren trenger.

Grassas, Sjørusen og Stordalen (2019) skriver at det fysiske miljøet har en betydning for kommunikasjon. De skriver at de fysiske forholdene er viktig i møte mellom oss som helsepersonell og den vi samhandler med. Eksempel som blir vist til er om vi som helsepersonell står over sengen som brukeren ligger i, dette kan være et signal på at vi er hevet over brukeren og har kontrollen/makten i denne situasjonen. Videre mener Grasaas,

Sjursen og Stordalen (2019) om vi setter oss ned i høyden, vil de gi en større grad av likeverd.

Eide og Eide (2018) skriver at rolle kan sees på som summen av forventninger alle stiller til en, disse forventningene kan være formelle og uformelle. Man møter forventninger fra alle hold, det kan være fra seg selv, samfunnet, pårørende. Makten man har som helsepersonell kan vær mye sterkere enn hva man selv tenker over, men som helsepersonell står man alltid i en maktposisjon.

## 4.5 Empowerment

Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som en prosess, en prosess som gjør at folk oppnår en større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egne liv og helse. Andrews (2003) skriver at tilbake til 1970-tallet så er empowerment definert som et kjernebegrep, et kjernebegrepet som er i relasjon til folkehelse og helsefremmende arbeid. *«Deltakelse er et nøkkelord relatert til empowerment i litteraturen som omhandler helsefremmende arbeid»*. (Andrews,2003). Videre skriver Andrews (2003) det å ha kontroll over eget liv er nøkkelen til et godt liv.

Askheim (2011) Empowerment brukes idag av forskjellige grupper som befinner seg i en avmektig posisjon, og han viser til at det er en økende grad av grupper som er brukere av tjenester. Disse gruppene krever rett til å ha kontroll over sine tjenester eller hjelpetilbud og sin egen livssituasjon.

Gibson (1991) tar oss gjennom empowermentprosessen. Han skriver det at gjennom prosessen kan enkelte oppleve større grad av «kontroll» over sitt eget liv, og at prosessen innebærer deltakelse og relasjon til andre og den involverer omgivelsene. Gibson (1991) hevder videre at helsepersonell må respektere den enkeltes brukers ansvar for egen helse, og det at sosiale aspekter av helsen må respekteres og vektlegges. Gibson (1991) mener med dette at vi har forskjellige holdninger til helse, og at brukeren har mulighet til å ta beslutninger selv eller at de trenger informasjon til å gjøre det. Han sier det at brukeren bare kan «empower» seg selv, men at helsepersonell kan hjelpe til i prosessen. Gibson



(1991) sier at for å hjelpe brukeren i prosessen, må helsepersonell gi opp sitt behov for kontroll og heller verdsette brukermedvirkning. Helsepersonell må akseptere det at brukeren tar egne valg, selv om det er et valg man ikke ville tatt selv.

## 4.6 Etikk og tillit mellom brukere og vernepleier

*«I alle yrker og innen alle arbeidsområder der man arbeider med mennesker som trenger og søker hjelp, er det nødvendig å tenke gjennom hvordan det arbeidet som utføres, virker inn på den enkelte bruker» (Lingås, 2011:18).*

Lingås (2011) Beskriver etikk som noe som ikke er nøytralt eller objektiv vitenskap der hvor matematiske beregninger kan gi oss en fasit, men at etikk handler om vurderinger eller normative spørsmål. Lingås (2011) skriver at ordet etikk har blitt et «mote» ord i nyere tid, et ord som dekker en generell beskrivelse av det «gode».

Hansen og Lingås (2009) skriver at man skal være bevisst på valg av ord og hvordan man utfører oppgaven, i en travel hverdag så blir det ofte hektisk og få unna oppgaven. Dette kan da medføre at vi med ord eller en handling ender med å skyve fremover i en fart som brukeren ikke er i stand til.

Eide og Eide (2018) skriver at etikk i helse- og omsorg yrke handler om hva som er godt, rett og rettferdig og hvordan tjenesten bør være. Vider skriver Eide og Eide (2018) om relasjonsetikk, også kalt nærhetsetikk. Etikken handler om hvordan vi skal leve, og relasjonsetikken handler om hvordan vi er mot hverandre og hvordan vi møter andre mennesker. Eide og Eide (2018) sier om vi ser på relasjonsetikk som kommunikasjonsteori, som vi ser på som en antagelse på hva som er primært i kommunikasjon mellom mennesker. Eide og Eide (2018) har lagt til grunne at kommunikasjon i nærhetsetikk innebære et moralsk kompass, det innebærer å ville den andre vel, respektere og anerkjenne vedkommende. Vi er i en profesjonell hjelpe rolle og vi står ofte overfor mennesker som trenger helsehjelp, og er dermed sårbare.

Eide og Eide (2018) skriver det å vise andre tillit som helsepersonell innebærer det å måtte

gi fra seg makt, at tillit og mistillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. Å vise tillit kan bety at man kan gi seg innpå område hvor man ikke har kontroll, og må ta en viss risiko. Eide og Eide (2018) skriver at det å måtte gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta en risk er noe både helsepersonellet og brukeren vil måtte gjør. Tilliten som følger med rollen som vernepleier innebærer at de som søker hjelp, kanskje lettere vil kunne vise sin sårbarhet enn hva man ville gjort overfor noen andre. Videre skriver Eide og Eide (2018) at med tillit kommer også risikoen for at den brytes. Når man blir vist tillit så representerer det samtidig en etisk fordring, om å ikke misbruke den makten som ligger i en slik tillit.

## **4.7 Å ha selvbestemmelse og kunne ta egne valg**

Ellingsen (2007) skriver om det å kunne ta egne valg og bestemme selv om store og små valg i livet. Han skriver at det er flest hverdager og at det er flest viktige, enkle og verdifulle hverdagsvalg. Det å bestemme selv handler ikke først å fremst om å ta det store krevende valga i livet, men det handler om de små valgene. Som å bestemme om når man vil stå opp om morgen, eller hva klede man ønsker og ha på seg. Ellingsen (2007) skriver det at gjennom de valgene vi tar og ikke tar, det er de som former og uttrykker noe om hvem vi er.

Eide og Eide (2018) forklarer at selvbestemmelse ikke alltid menes at bruker har behov for å bestemme selv i konkrete spørsmål, men behovet for selvbestemmelse ligger i det å bli lyttet til, sett, hørt og blitt forstått. Mest av alt er det viktig å kunne uttrykke for hva som er viktig for seg selv og behovet man har for å bli hørt.

Aadland (2013) skriver ved etiske dilemma er det bare dårlige løsninger, uansett hva vi velger å gjøre, fører det til en negativ konsekvens. Ifølge Horne og Øyen (2007) så medfører omsorgsarbeid en balansegang mellom det å gi for mye, eller for lite hjelp. Om vi gir vi for mye hjelp, kan det føre til at vedkommende ikke klarer seg selv. Gir vi for lite hjelp kan det medføre at de vi skal hjelpe lider.

## 4.8 Menneskeverd og rettigheter

Menneskerettigheter er en rettighet alle mennesker har, det er uavhengig av alder, kjønn, legning, livssyn eller nasjonalitet. FN- sambandet (2019) skriver om tanken om det skulle finnes et universelle rettigheter som skulle gjelde for alle oppsto for mange hundre år siden. I moderne tid har disse rettighetene blitt definert gjennom avtaler som er internasjonale, de fleste land har blitt enige om å følge disse rettighetene. I dag er det ofte regler som er i disse avtalene vi snakker om når man snakker om menneskerettigheter. (FN- sambandet,2019)

*«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.*

*Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og*

*omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».* (Brukerrettighetsloven, §1-1,2011)

Grasaas, Sjursen og Stordalen (2019) skriver om når vi overføre dette til pleie og omsorgsarbeid så innebærer dette at vi skal yte respekt og hjelp for mennesker i alle alder, uansett hvem de er og hva helsetilstanden deres er. Det er viktig at vårt arbeid synliggjør det at alle mennesker har rett på respekt, rettferdig behandling og verdighet. Videre skriver Grasaas, Sjursen og Stordalen (2019) skriver en annen kategori av rettigheter er retten til medbestemmelse, mat, helse, arbeid, bolig og utdanning.

Aadland (2013) skriver at hvert menneske er unikt og særegent, og at man må møtes helt og holdent på egne prinsipper. Dette er den hermeneutisk-humanistisk innstilling, den er bygget på verdier om at hver person er fri og selvstendig. At alle må få muligheten til å framtre som en den unik person man er ut fra sine egne forutsetninger, uten å bli møtt av andres fordommer og forforståelser (Aaland,2013).

## 4.9 Mestring og hverdagsmestring

Eide og Eide (2018) skriver at i litteraturen så legges det vekt på det at mestring består av komplekse prosesser som knyttes til belastninger og endringer i livet. Videre skriver Eide og Eide (2018) om mestringsbegrepet, hvor de forklarer det at mestring ikke følger et mønster, men at det er knyttet til seg selv som person. Noen av fellestrekkene ved mestring innebærer det å beherske, tolerere, redusere indre eller ytre påkjenninger.

Eide og Eide (2018) beskriver hverdagsmestring kan være den måte en person klare og forholde seg til en krevende situasjon i hverdagen, evnen vår til mestring kan bli utfordret i ulike situasjoner.

Et eksempel kan være ved en ulykke hvor man mister evnen til verbal kommunikasjon og lærer og leve med den utfordringen på best mulig måte.

Eide og Eide (2018) omtaler motiverende kommunikasjon som nøkkelen til å hjelpe personer kan slite med mestringsutfordringer. De skriver at mestring og motivasjon hører sammen det å stimulere den andres motivasjon, handler i stor grad om kommunikasjon.

Ifølge Eide og Eide (2018) kan helsepersonell gjennom god kommunikasjon, bidra til å styrke brukerens hverdagsmestring. Helsepersonell kan ved å finne ut hva som er viktig for brukeren, og deretter motivere bruker mot å nå de målene brukeren sette seg.

## 4.10 Kommunikasjon

*«Kommunikasjonens kunst består i å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og det nonverbale, slik at man oppfatter det som er viktig for den andre».* (Eide og Eide, 2018, s. 22). Eide og Eide (2018) skriver at det å lytte aktivt ikke bare betyr det å være åpen og lyttende, men også benytte et bredt spekter av forskjellige kommunikasjonsformer for å kunne etablere en god kontakt og kunne skaffe nødvendig informasjon for å vise at man lytter, ser og forstår.

### 4.10.1 Den nonverbal kommunikasjon

*«Vi kommuniserer også når vi ikke snakker. Det er umulig å ikke kommunisere (Watzlawick mfl.1967).*

(Eide og Eide, 2018).

*”Hjelperens nonverbale kommunikasjon er kanskje viktigere enn vi umiddelbart tenker oss, fordi vi gjennom det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noe som er avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt”* (Eide, 2007, s. 198).

Finset (2013) skriver når vi gir et budskap så er det ikke bare viktig å tenke *hva* vi formidler, men vi må også tenke *hvordan* vi formidler det. Vi som mennesker gir hele tiden uttrykk for våres følelser, holdninger og vår personlighet, og noen kan også være mer sensitive for signalene enn andre.

Eide og Eide (2018) skriver om at nonverbale uttrykk må tolkes, og at dette er noe vi hjelpere ofte gjør. Det vi ser og høres kan være uttrykk for noe annet, enn det vi oppfatter det som og at våres fortolkning sjeldent er presist. Videre sier Eide og Eide (2018) at vi som helsepersonell kan respondere på en avvisende eller bekræftende måte, vi kan virke uinteressert eller vi kan se og lytte. Vi kan la vår nonverbal kommunikasjonen avspeile at vi ikke er interessert, eller vi kan gi et bekræftende nikk eller smil som viser vi «jeg ser», «jeg følger med». Det vil da si at nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Det forteller om parter i en dialog, og relasjonen mellom dem. Det er viktig at vi lytter aktivt til den andres nonverbale kommunikasjon, dette er for at vi ikke skal gå glipp av den viktige informasjonen fra vedkommende som kommer til uttrykk nonverbalt. Vernepleierens nonverbale kommunikasjon er viktigere enn hva vi tror, det er gjennom den vi signaliserer hvor innstilt vi er på å hjelpe og lytte. Dette er da avgjørende for at brukeren skal føle seg ivaretatt og trygg (Eide og Eide, 2018).

## **4.11 Afasi**

På Sunnaas sykehus sine sider skriver de om ulike grunner til afasi og hva det innebærer. De hyppigste årsakene til afasi er hjerneslag, afasi forekommer hos ca. 25 % av slagpasienter. Traumatiske hjerneskader og annen hjernesykdommer, som for eksempel hjernesvulst eller betennelsestilstander.

Ifølge Helsedirektoratet (2010) så har de fleste personene med afasi får også andre funksjonsnedsettelse, som for eksempel lammelser i armer og ben, de kan få vansker med koordinere bevegelser, nedsatt følesans, endring av synet, tilleggsvansker som talepraksis og dysartri (talevansker) eller kognitive vansker. De kognitive vanskene er for eksempel nedsatt hukommelse eller oppmerksomhet, hørselen er som regel det samme som før skaden. Videre står det i Helsedirektoratet (2010) at alvorlighetsgraden av afasi varierer en god del, noen afasirammede har bare lette vansker med å finne enkelte ord og kan ha problemer med å oppfatte språk i samtaler kun når det er mange personer som deltar i samtalen. Andre afasirammede kan ha så store vansker at de har problem med å forstå de enkle beskjedene som blir gitt, å kan kun si noen få enkelt ord.

## 4.12 Forskning

Tidligere forskning som har blitt gjort på nonverbal kommunikasjon, er forskning som har kom etter andre verdenskrig. Etter 1960 oppsto det en oppblomstring av interesse for å forstå blant annet emosjonelle uttrykk knyttet til de kroppslige signalene. (Knapp & Hall, 2010). Der er forskning som støtter opp under det at helsepersonell burde være bevisst over sin egen nonverbale kommunikasjon, man må ta til etterretning at sensitiviteten for andres nonverbale uttrykk kan ha mye å si for forståelsen av pasientens behov. Chan (2013) skriver at det vises til større pasienttilfredshet når helsepersonell er sensitiv for tolkning av nonverbale signaler. Knapp & Hall (2010) presenterer forskere som mener det at nonverbale ansiktsuttrykk kommer spontant, og andre forskere som mener å kunne bevise at de ikke gjør det. Det er foreslått i at fremtidig forskning skal ha fokus på å finne ut «*hvordan*» man kan bedre trene opp sine personlige egenskaper. Bevisstgjøringen våre påvirker tilretteleggingen av omgivelsene men den øker ikke nødvendigvis de personlige ferdighetene våre (Ishikawa, Hashimoto, Kinoshita, & Yano, 2010).

Ifølge Travelbee (1999) er det viktig å bli kjent med pasienten, dette er for å kunne forstå pasientens opplevelser og for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Gjennom dette kan det bli skapt en god relasjon mellom menneske, som kan gjøre at kommunikasjonen blir lettere.

En annen studie som omhandler intensivsykepleiere og pårørende, kommer det fram at over tid blir gode interaksjoner utviklet, og at det avhenger av sykepleierens erfaring, kompetanse, og personlige egenskaper (Frivold & Dale, 2013).

### **4.13 Alternativ og supplerende kommunikasjonsverktøy (ASK)**

Llort, Svartskuren og Partee (2019) skriver at alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) brukes når noen har behov for en kommunikasjonsform som erstatter talen, dette kaller vi alternativ kommunikasjon. Noen har behov for en kommunikasjonsform som kan støtte eksisterende tale, som kan vær utydelig eller svak. Når man har det behovet så kaller vi det for supplerende kommunikasjon. Eksempler på ASK kan vær bruk av grafiske symboler, håndtegn, tematavler eller spesielle talenettbrett.

Et av de talenettbrettene kan være Light writer, med denne kan brukeren skrive hva han eller hun ønsker og si. Når man skriver inn det man ønsker og formidle så snakker light writeren for brukeren, den kan stilles inn på både mann og kvinnestemme Det finnes forskjellige hjelpemidler, å en løsning er ikke for alle (Hjelpemiddeldatabasen).

På tematavler er de grafiske symbolene organisert på et ark. Ordene du har tilgang til på arket handler alle om samme tema, eller de mest brukte ord som kan benyttes i ulike situasjoner (kjerneord) Brukeren peker på de ordene som han/hun ønsker å si, og vernepleieren sier de høyt. Da er vernepleieren stemmen til brukeren. (Hjelpemiddeldatabasen).

### **4.14Kompetanse og kunnskap om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter**

Skau (2012) kompetansetrekanten er samlet profesjonell kompetanse, den består av den teoretiske kunnskapen, yrkesspesifikke ferdigheter og den personlige kompetanse. Skau (2012) forklarer at hun bruker begrepet «kompetent», som at vedkommende er «skikket» eller «kvalifisert» til det de gjør. Den profesjonelle kompetansen består av de ferdighetene man trenger av nødvendig og hensiktsmessig kvalifikasjoner i utøvelse av sitt yrke. Skau

(2012) skriver at kompetansetrekanten er delt inn i tre aspekter.

*Teoretiske kunnskaper*, denne innebærer såkalte faktakunnskaper og allmenn forskningsbasert viten. I denne inngår det kunnskaper om det vårt fag rommer, og kunnskapen vi trenger for å utøve den. Det kan for eksempel handle om sosialforhold i samfunnet, helse, historie, behandlingsmetoder, etikk osv. åsså kjennskaper til de faglige begrepene, teorier og modeller, den inneholder også kunnskap om lover og regler på fagområdet.

*Yrkesspesifikke ferdigheter*, denne handler om våre praktiske ferdigheter, metoder og teknikker. Dette kan for eksempler være det å gjennomføre et tiltak, sy sammen et sår eller gjennomføre et vaksinasjonsprogram.

*Personlige kompetanse*, denne handler om oss som personer. Hvordan vi er som personer og hvordan vi er i samspill med andre.

Knapp & Hall (2010) skriver for at vi skal kunne oppnå en god kommunikasjon og relasjon til den vi kommuniserer med, så er det av stor betydning at vi både forstår og at vi bruker vårt nonverbale uttrykk effektivt. Videre sier han at det legger fundamentet for å lykkes med å gjøre seg forstått, og at vi må sende de riktige signalene som kreves av situasjonen. I omsorgsykker er det viktig med gode sosiale ferdigheter, som for eksempel innen det nonverbale så handler det om positiv bruk av smil, øyekontakt, berøring, hodebevegelser, nærhet, gestikulasjon og stemmebruk (Knapp & Hall, 2010).

## 5.0 Drøfting

*«Selvbestemmelse anses å være viktig i utviklingen av selvbilde og selvstendighet og mestring. Med det er ikke slik at alle ønsker å velge selv i alle sitasjoner. Retten til selvbestemmelse handler også om retten til å takke nei til å ta avgjørelsen selv».*

(Nordlund, Thronsen og Linde, 2015. s102)



## 5.1 Roller og krav til bruker og vernepleier i forhold til brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer ulike krav til både vernepleieren og brukeren. I tillegg vil vernepleieren og brukeren ha ulike roller sammen med de kravene, som vil spille inn på hvor mye brukermedvirkningen vil være tilstede. Høybråten (2004) skriver at det er viktig at vi reflekterer over om det er reell brukermedvirkning. Man kan da tenke at det vil være viktig å være observant på hva brukeren virkelig ønsker, slik at vi ikke overser hva brukeren i grunnen sier til oss. Videre må vi alltid tenke over hvilke krav vi stiller våre brukere. For selv om brukermedvirkning skal være fremmet, kan vi ikke forvente at brukerne klarer å ta stilling til de valgene som hun eller han skal avgjøre. Vi som vernepleiere må være klar på sidelinjen om brukeren må ha hjelp i bestemmelsen. Vatne (2003) skriver at det forventes at brukeren deltar aktivt og medvirker prosessen. I rollen som vernepleier er det da viktig at man prøver å vurdere når en bruker kan bestemme selv, men også når en eventuell bestemmelse må tas for brukeren. Her tenker jeg at vernepleieren kan gå inn i en ansvarsrolle. Brask, Østby og Ødegård (2016) sier at ansvarsrollen innebærer at vernepleieren må gjøre de rette tingene til rett tid. Om en vernepleier ser behovet for å måtte gå inn i situasjonen og enten hjelpe til med å ta avgjørelsen eller rett og slett avgjøre det for brukeren, må man være bevisst på konsekvensene i ettertid. En vurdering av hvilke følelser brukeren viser, kroppsspråk og samt prøve å ha en åpen kommunikasjon med brukeren, kan gi en god refleksjon av situasjonen. Både for bruker og vernepleier. Ser brukeren lettet ut, og gir uttrykk for takknemmelighet i etterkant, kan det være positivt at vernepleieren tok ansvar. Ser brukeren forvirret ut, kan man forklare at «nå gikk jeg inn å tok avgjørelsen for deg. Dette gjorde jeg fordi jeg merket at du synes dette var vanskelig. Synes det du var greit?» En person som er nonverbal kan være kognitiv frisk. Han/hun forstår det som blir sagt. Da har vernepleieren mulighet til å forklare hvorfor hun gjorde det hun gjorde, og stille spørsmål om brukeren synes det var greit eller ikke. En nonverbal person har ikke alltid muligheten til å kunne si ifra om han/hun ikke er enig underveis i ei handling. Og kan heller ikke si fra med ord rett etterpå, uten at vernepleieren legger til rette for kommunikasjon. Derfor bør vernepleieren se brukeren og dens kroppsspråk rett etter hendelsen, og ta seg tid til å forklare og drøfte dette med brukeren. På brukeren premiss og behov. Men hvor går grensen for det å kunne gå inn å overta en bestemmelse som brukeren synes er vanskelig?

Og hvilke konsekvenser kan oppstå. Dette må være endel av vurderingen som vernepleieren tar før hun/han overtar for brukeren. Kan det forsvares og forklares til brukeren? Dette er viktige spørsmål som vernepleieren bør stille seg selv.

Jeg tenker for å kunne ta stilling til dette som vernepleier så må man ha et godt forhold til brukeren. Kjenner man brukeren godt og der er en gjensidig tillit, kan man i fellesskap med brukeren kan vernepleieren være til hjelp i vanskelige valg, om det er små eller store valg. Og den gjensidige tilliten kan bedre konsekvenser i etterkant. Der tilliten dårlig mellom bruker og vernepleier, og kommunikasjonen dårlig, kan det føles som maktbruk for brukeren om vernepleieren overtar brukerens valg. Aaland (2013) skriver ved etiske dilemma så er det bare dårlige løsninger, at uansett hva vi velger å gjøre så får det en negativ konsekvens. Her må man veie fram for hva som kan være rett for brukeren, som vernepleier må man reflektere rundt valgene man tar og hvem valget er rett for.

Vernepleieren må også alltid ta stilling til at brukeren kan ombestemme seg og ønsker å ta mer del i bestemmelsen. Slik kan legge til rette for at brukeren føler medvirkning til avgjørelser. Partnerperspektivet er sett på som vernepleierens hovedperspektiv, her er vernepleieren opptatt av bruker- og likemannsperspektivet. Brask, Østby og Ødegård (2016) det er viktig at vi er bevisst i handlingene våre, slik at vi ikke utfører for eksempel oppgaver i en hastighet brukeren ikke er klar for. Dette spesielt om vi har dårlig tid er det lett å forhaste seg og det vil brukeren merke.

Det med å ta seg god tid er et krav som vernepleieren bør gjøre alt for å oppnå når det gjelder mennesker som er nonverbale. En bruker som er nonverbal bruker ofte ASK, som er alternativ og supplerende kommunikasjon. Et hjelpemiddel som blir brukt er light writer. Møter en vernepleier en bruker som aktivt bruker light writer er det å ha god tid viktig. Å si en setning med light writer tar lengre tid enn om en verbal person bruker stemmen sin. Dette må vernepleieren ta hensyn til. Er fokuset til vernepleieren brukermedvirkning, bør vernepleieren ha fokus og være bevisst på tidsperspektivet med dette hjelpemiddelet. Kunnskap om slike hjelpemiddel som light writer vil kunne gi positive konsekvenser for økt brukermedvirkning. For eksempel bør vernepleieren bare stille et og et spørsmål av gangen, slik at brukeren rekke å svare før neste spørsmål kommer. En slik gjensidig samtale kan ta lang tid å gjennomføre, men er like viktig, om ikke viktigere enn andre samtaler med verbale personer. Og å la brukeren bruke den tid det tar å fullføre ett svar, er endel av å gi brukeren muligheten til å bruke sin stemme og sin rett til å ta avgjørelser i sitt liv.

Har vi som vernepleiere dårlig tid, og ikke har tid til å vente på et svar fra brukeren, kan

dette ende med at vi tar en avgjørelse som bruker selv hadde vært i stand til å ta, og med dette gir vi brukeren en følelse av avmakt. Skau (2012) nevner det at noen fagfolk som tar for gitt at de har rett og en plikt, til å kunne bestemme innholdet i samhandlingen og prosessens form. Jeg tenker at vi må være flinke til å lytte til hva brukeren vår ønsker, og jeg tror det å tilegne seg god kunnskap i forhold til nonverbal kommunikasjon og brukerens ønske er viktig. Selv om vi jobber under et tidspress må vi alltid legge til rette for brukermidvirkning og ivareta selvbestemmelsen til brukeren. Brukeren har krav på midvirkning uansett hvilket tidsskjema vi jobber etter. Hansen og Lingås (2009) skriver at man skal være bevisst på valg av ord og hvordan man utfører oppgaven. Men i en travel hverdag så blir det ofte hektisk og lett å få følelsen av å måtte få unna oppgaven fort. Dette kan da medføre at vi med ord eller en handling ender med å skyve fremover i en fart som brukeren ikke er i stand til å håndtere. Det er viktig å ha god tiden når man jobber med brukere som har nonverbal kommunikasjon, og fokuset bør være på brukeren og ikke klokken. Det å kunne ta seg tid til å se brukeren og forstå brukerens ønsker og vilje er riktig fokus. Videre må vi reflektere rundt hvilke oppgaver kan vi løse med det tidsskjemaet som vi jobber etter. Jeg tenker vi har teorien og kunnskapen rundt det å legge til rette for brukermidvirkning, men i dagens samfunn undrer jeg på om vi har tid til det. Høybråten (2004) sier at forutsetningen er parallelle endringer, og at dette må skje både på individnivå og systemnivå. Han skriver at på individnivå handler det om de som deltar i samhandlingen, brukeren og de profesjonelle. Systemnivået omhandler dette organisasjoner og nærmiljø, der hvor både bruker og fagfolk sees som en del av systemet. Endring av ressurser og tidsbruk kan endres i både individnivået og systemnivået. Brukermidvirkning må bli en prioritet på systemnivå, som på individnivå, og være ett av målene som skal oppnås i handling med bruker. I den tid vernepleieren er inne hos bruker, bør brukermidvirkning prioriteres på lik linje med andre oppgaver og mål som for eksempel påkledning.

## 5.2 Vernepleierens og brukers perspektiver og roller.

Det er viktig at vi som vernepleiere som jobber med mennesker gjør alt vi kan slik at vi fremmer brukerens perspektiv, slik brukeren ønsker det. Som det å være stemmen til en som ikke har stemme, men vet godt hva han selv ønsker å si. Det å være bevisst på å si det slik brukeren selv ville sagt det og ikke slik du ville fremmet det selv. Det å ha et brukerorientert perspektiv innebærer at vernepleieren er opptatt av å ivareta brukerens interesse. En vernepleier som har et brukerorientert perspektiv vil da kunne ha en større mulighet til å kunne legge til rette for økt brukermedvirkning. Det som anser å være vernepleierens hovedperspektiv er partnerperspektivet (Brask, Østby og Ødegård, 2016). Dette perspektivet er viktig å ha når man samarbeider med nonverbale brukere.

Vernepleieren vil her være opptatt av mestringsmulighetene og ressursene til brukeren, og i en nonverbal kommunikasjon er dette et viktig perspektiv å ha for vernepleieren som skal øke brukermedvirkningen hos mennesker med nonverbal kommunikasjon. For å kunne ivareta brukermedvirkning er det viktig at vernepleieren også inntar ansvarspektivet. Dette omhandler at vernepleieren gjør det rette tingene til rett tid, selv om dette er en mer styrende rolle vernepleieren inntar så omhandler dette om kunnskap og verdier (Brask, Østby og Ødegård, 2016). Vernepleieren må til tider ha et perspektiv hvor man har mer ansvar, dette går igjen med at ikke alle valg er enkle og en av oppgavene vi har som vernepleiere er også det å ta avgjørelser for andre. Menneskesynet er helt sentralt i vernepleierens yrkesutøvelse, å våres menneskesyn gjenspeiler hvordan vi møter den enkelte og tilrettelegger for å fremme selvbestemmelse og brukermedvirkning. Hvert enkelt menneske er unikt og har sin egen individualitet som bør ivaretas. Vernepleiere burde se på potensialet og ressursene hos hvert enkelt menneske, og bygge videre på disse slik at brukerne kan bli mest mulig selvstendige. Jeg tenker vi stadig må spør oss selv om dette er et valg vi kan ta for brukeren, hvor stor negativ konsekvens vil dette ha for brukeren, og er det nødvendig å ta en avgjørelse. Som helsepersonell tenker jeg vi bør stille spørsmål til oss selv hver dag, når vi jobber med mennesker som har behov for vår hjelp. Hvor går grensen for å ta et valg for et annet menneske og kan man løse det med å fremme brukermedvirkning? Jeg føler vi kommer langt med det å ha et partnerperspektiv som Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver om. Jeg tror at med tilrettelegging og kunnskap, så kan alle mennesker ta de fleste valgene selv.

### **5.3 Hvordan kan vernepleierens kompetanse og kommunikasjonferdigheter legge til rette for økt mestring og selvbestemmelse i brukeren hverdag**

Jeg ønsker å ta med FO (2000) sin beskrivelse av vernepleieryrket, hvor man ser hvor mye en vernepleier er lært til å legge vekt på deltakelse og selvbestemmelse. I samarbeid med mennesker med nonverbal kommunikasjon, tenker jeg at denne er viktig å ha med når man prøver å til rette legge for økt selvbestemmelse og mestring hos mennesker med nonverbal kommunikasjon.

*«En sentral utfordring er å legge til rette for deltagelse og selvbestemmelse i ulike situasjoner som hverdagslivet består av, også for de personer som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker. Gjennom målrettet miljøarbeid og gode relasjonelle ferdigheter kan vernepleiere gi sosial støtte, veiledning og opplæring som bidrar til økt selvbestemmelse for den enkelte» (FO, Om vernepleieryrket, 2000).*

Ellingsen (2007) skriver om det å ta egne valg og bestemme selv ikke alltid handler om de store valgene i livet, men ofte de små enkle viktige hverdagsvalgene. Her kan kanskje vernepleierens kompetanse og kunnskap komme godt til nytte, med å kunne legge til rette for at mennesker med nonverbal kommunikasjon får ytre sine ønsker og valg. Det er viktig at vernepleieren tar seg tid og legger til rette for at brukeren skal få økt brukermedvirkning i de små betydningsfulle valgene i en hverdagssituasjon. Det er ofte de avgjørelsene som vi tar for gitt som brukeren selv ønsker å ha kontroll over, for eksempel det å kunne få velge undertøy og hvilken bukse man skal ha på seg. Muligheten til å kunne ta egne valg, muligheten til å kunne ombestemme seg og kunne bruke tid på valgene man ønsker å ta tenker jeg er viktig. Jeg tror med vernepleierens kompetanse, så vil en vernepleiere kunne hjelpe brukeren til å ta egne valg i livet. Visst vi ser på hva FO (2017) skriver at en vernepleier skal ha brukerens behov som utgangspunkt. Vernepleie innebærer å øke rettsikkerhet, likeverd og det å bedre levevilkår for den enkelte. Fo (2017) sier at alle mennesker har rett til selvbestemmelse og at de har rett på å leve et verdig liv ut ifra sine egne ønsker og forutsetninger. En av det viktige oppgavene er å bistå den andre til å synliggjør det behovet og kompetansen personen selv har. Verbal eller nonverbal så har

alle mennesker rett til selvbestemmelse, Eide og Eide (2018) sier at det ligger i det å bli sett, hørt og forstått. Jeg tenker som vernepleier er det viktig å kunne legge til rette for at brukeren skal få kunne uttrykke seg for det som er viktig for dem, og at vi som vernepleiere skal gi rom for økt selvbestemmelse. Jeg tenker at når man legger til rette for økt selvbestemmelse, vil man også øke mestringsfølelsen hos brukerne. Ifølge Eide og Eide (2018) kan helsepersonell gjennom god kommunikasjon, bidra til å styrke brukerens hverdagsmestring. Helsepersonell kan ved å finne ut hva som er viktig for brukeren, motivere brukeren mot å nå de målene brukeren setter seg. Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at en vernepleier som har «brobyggerperspektivet» er prosessorientert. Vernepleieren bygger på verdier og kunnskap preget av myndiggjøring og ressursorientering, samtidig som vernepleieren retter oppmerksomhet mot bruker og rammebetingelser som omgir brukeren.

Skau (2012) skriver om kompetansetrekanten og dens bruk i vernepleierens arbeid. Hvis vi ser på kompetansetrekanten i forhold til problemstillingen for denne oppgaven kan vi se hvordan en vernepleier KAN øke brukermedvirkning for nonverbale. Under den teoretiske delen av kompetansetrekanten kommer faktaopplysninger og forskning inn. Vernepleieren bør og kan skaffe seg kunnskap rundt brukermedvirkning, om brukerens diagnoser, og om forskning rundt disse områdene. Dette vil komme brukeren til gode ved at vernepleieren har god teoretisk bakgrunn og er informert om de rammene rundt eventuelle sykdommer, diagnoser, og hva for eksempel brukermedvirkning innebærer og de lover og rettigheter som gjelder. Yrkesspesifikke ferdigheter innebærer for eksempel om metoder og teknikker. Det finnes ulike metoder og teknikker som en vernepleier kan ta i bruk for å nå et mål sammen med en bruker. Som teknikker for tillitskapende tiltak eller metoder for å få brukeren til å øke bruken av hjelpemidler som light writer. Vernepleierens kunnskap og erfaringer rundt ulike metoder og teknikker kan komme brukeren til gode om vernepleieren aktivt tar de i bruk. Opplever brukeren og/eller vernepleieren utfordringer rundt tillit eller ulike hjelpemiddel, og brukermedvirkningen blir negativt påvirket av dette, kan vernepleieren bruke lærte metoder og teknikker til å fokusere og bedre disse områdene. Etter en bedring av disse områdene, kan fokuset gå videre inn på brukermedvirkning. Da er det mulig at brukermedvirkningen øker, og mestringsfølelse og livskvaliteten til bruker øker.

Den personlige kompetansen til vernepleieren vil også spille inn på brukerens mulighet til brukermedvirkning. Personlig kompetanse handler om hvordan vi er som personer og hvordan vi samspiller med andre. Har brukeren og vernepleieren ulike holdninger og

verdier rundt brukermedvirkning, og hva som er viktige for oss, kan dette ha en negativ påvirkning av selve brukermedvirkningen. Dette gjelder i kanskje i større grad hos nonverbale mennesker, som kan ha utfordringer med å beskrive og utdype sine holdninger og viktige verdier. Her kommer det inn forskjellen på hva vernepleieren syns er viktig, og hva brukeren syns er viktig. Tar ikke vernepleieren hensyn til brukerens verdier, og ikke er interessert i å få denne informasjonen, kan brukeren føle på avmakt og følelsen av å bli oversett kommer. På den andre siden kan like holdninger og like verdier være et godt grunnlag for et godt samarbeid og bra tillitt mellom bruker og vernepleier. En felles forståelse av brukermedvirkning og hvor viktig dette er for brukeren, vil kunne gi gode muligheter for økt brukermedvirkning.

Man kan også oppleve at brukeren og vernepleieren har ulike holdninger og verdier, men at vernepleieren er interessert i brukeren og er villig til å lytte og respektere den andres holdninger og verdier. Vernepleierens kompetanse rundt samspill med andre vil også påvirke samarbeidet med brukeren. Det er mye som spiller under den personlige kompetansen til vernepleieren, og den kan påvirke brukerens muligheter til å ta egne valg både positivt og negativt.

## **5.4 Vernepleierens kompetanse og kunnskap om kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter**

På vernepleiestudiet lærer man om kommunikasjon, etikken i kommunikasjon og kommunikasjon i relasjonsarbeid. Jobber man med brukere som har nonverbal kommunikasjon er det viktig å ha kunnskap om hvordan man kommuniserer med brukeren, hvilke hjelpemidler man kan bruke og hvor man finner kunnskapen og kompetansen man trenger for å kunne samarbeide på best mulig måte med brukeren. Knapp & Hall (2010) tar opp dette med under oppnåelse av en god kommunikasjon, så må man skape en god relasjon med brukeren. Jeg tenker for at vi skal kunne oppnå en god relasjon til brukere med å tolke nonverbal kommunikasjon, må vi tilegne oss kunnskap om kommunikasjonsmetoder og hvordan vi på best måte kan bygge en god relasjon. Det å bygge tillitt mellom bruker og vernepleier er viktig for å kunne oppnå en god relasjon. Og dette kan videre bidra til bedre kommunikasjon mellom brukeren og vernepleieren. Det er viktig at vi som vernepleiere er bevisst på å sende de riktige signalene og at vi har et fokus

på å tolke signaler fra brukeren, slik vi på best måte klare å få økt brukermedvirkningen. Jeg tror at konsekvensen av manglene kunnskap rundt nonverbal kommunikasjon, kan ha store negative konsekvenser for brukeren. Ved manglene kunnskap kan det bli vanskeligere å skape god relasjon til brukeren, og at det vil gjøre at brukeren vil oppleve en «avmakt» og brudd på selvbestemmelsen. Ved å fremme utdanning for ansatte om jobber med mennesker, øker man også kompetansen rundt dette området. Jeg tenker det at ansatte som har erfaringer om nonverbal kommunikasjon og brukermedvirkning kan lettere tilegne seg strategier og metoder for hvordan man kan tilrettelegge på en god måte, og kanskje ikke minst hva man bør unngå. Og da spesielt når det omhandler nonverbale mennesker. Den positive konsekvensen av økt kunnskap og erfaring hos vernepleieren, kan være at vernepleieren er mer motivert til å hjelpe brukeren med å oppnå målet om økt deltakelse og brukermedvirkning. Når kunnskapen og erfaringen allerede ligger hos vernepleieren og kan ha bidratt til økt mestringfølelse hos vernepleieren, kan dette bli en positiv konsekvens for brukeren. Føler en vernepleier at hun mestrer med å kommunisere med den nonverbale, og klarer å gi han/hun muligheten til å bestemme selv, vil dette øke motivasjonen til vernepleieren til å fortsette med å tilrettelegge for brukeren. Dette vil kunne gi brukeren en bedre livskvalitet, og påvirke brukeren positivt.

*«Å ha egne livserfaringer var med på å gi nødvendige forutsetninger for å forstå og møte det enkelte menneske. En av deltakerne fortalte også at egne erfaringer som pårørende gjorde at hun selv lettere kunne sette seg inn i andres situasjon» (Frivold & Dale, 2013, s. 98).*

Mennesker som er nonverbale er en utsatt gruppe når det gjelder å få kunne uttrykt sine behov og ønsker. Å kommunisere med andre kan være en utfordring, spesielt når det gjelder å utdype sine tanker og ord. Man kan si at denne gruppe faller under å være avmektige. Askheim (2011) skriver om empowerment og at avmektige grupper skal ha lik kontroll over sitt eget liv, som alle andre. Selv om de kan ha utfordringer med å uttrykke valg, så handler empowerment om at de skal ha rett til å bestemme over eget liv. Uansett hvor store utfordringer som kan oppstå rundt kommunikasjon og samhandling med helsepersonell. Ved å gi slike grupper muligheten til kontroll over eget liv, går de gjennom empowermentprosessen som Gibson (1991) beskriver. Ved å fokusere på at ulike avmektige grupper får gå igjennom denne prosessen kan den enkelte få tilbake opplevelsen av kontroll over eget liv.



## 6.0 Avslutting

Drøftingen sine hovedpunkter omhandler tilrettelegging av brukermedvirkning og kommunikasjon med brukeren. Hensikten med oppgaven er å belyse hva en vernepleier kan gjøre for å øke brukermedvirkningen rundt mennesker med nonverbal kommunikasjon. Vernepleieren kan bidra til økt brukermedvirkning, på flere områder. Men at en vernepleier kan påvirke brukermedvirkningen negativ er alltid tilstede. Det er flere ting som kan påvirke brukermedvirkningen. Som for eksempel:

- Grad av kommunikasjon mellom bruker og vernepleier
- Tilgang på kommunikasjonsverktøy, og bruken av disse.
- Like eller ulike holdninger og verdier
- Graden av kunnskap og kompetanse
- Motivasjon og interesse

En vernepleier skal i bunn og grunn kunne øke brukermedvirkning hos nonverbale mennesker, med den kompetansen og kunnskapen hun/han har tilegnet seg. Interessen vernepleiere har om hjelpe utsatte mennesker er en viktig del. Samt at vernepleieren fokuserer på muligheter i stedet for utfordringer vil kunne gi et godt utgangspunkt.

## 7.0 Refleksjon og konklusjon

Det å skrive denne oppgaven har vært veldig lærerik, i denne prosessen føler jeg at jeg har økt min kunnskap. Jeg føler jeg sitter igjen med mye mer kunnskap rundt brukermedvirkning og den nonverbale kommunikasjonen. Min bevissthet rundt den nonverbale kommunikasjonen har økt betraktelig, jeg tenker mer på hvordan man selv formidler et budskap nonverbalt og hvordan blir vi oppfattet. Ansikts uttrykk, stemmebruk, bevegelser og øyekontakten vår er med på å påvirke budskapet. Uttrykk som holdninger og følelser kommer frem, å man må da være bevisst på sin egen bruk av nonverbal kommunikasjon. Jeg tenker det at man må trene seg opp på å bevisstgjøre seg på sin egen nonverbale kommunikasjon, det å tenke over når vår nonverbale kommunikasjon påvirker samhandlingen vår å i hvilken grad. Jeg føler også at jeg har blitt mer bevisst på hvordan brukermedvirkning kan påvirke en brukers liv, både positivt og negativt. Som nyutdannet

vernepleier føler jeg at dette er viktig lærdom å ta med seg ut i arbeidslivet, det å ha lært gjennom. Oppgaven hvor viktig det er med kunnskap rundt temaet. Oppgaven og omfanget har vært mye større enn hva jeg først forventet, og det har vært en utfordrende prosess.

Nonverbal kommunikasjon og brukervedvirkning er noe som har interessert meg i mange år, og oppgaven har gjort at denne interessen har økt. Jeg sitter igjen med mange spørsmål etter denne oppgaven, som hvordan kan jeg som vernepleiere hjelpe å belyse hvor viktig det er med kompetanse på nonverbal kommunikasjon? Hvordan kan jeg som vernepleier bli med på å øke brukervedvirkningen? Dette tenker jeg er svar jeg kanskje vil finne i arbeidslivet. Jeg vil tilslutt avslutte denne oppgaven med å si hvor mye den har økt min forståelse rundt brukervedvirkning og nonverbal kommunikasjon og at jeg håper enda flere ønsker å tilengne seg kunnskap rundt dette tema.

Jeg tenker og håper at alt av helsepersonell reflekterer og har etikken og loven sine avgjørelser.

## 8.0 Litraturliste

Andrews, T. (2003) «Nytt» ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6 (1), 30-42

Askheim, Ole Petter (2011) *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård (2016) *Vernepleierens kjerne roller*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (2012) «sosiale avvik og sosial kontroll» I *mellom mennesker og samfunn*, redigert av Reidun Norvoll, s.99-118. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chan, Zenobia CY. (2013). Educational issues in nursing practice - A qualitative study on non-verbal sensitivity in nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1941-1950.

Dalland, Olav. 2011. *Metode og oppgave -skrivning for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide,Hilde og Tom Eide. (2018) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 15-20, 47-56, 135-150, 117-118).

Eide, Hilde. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo:Gyldendal akademisk.

Ellingsen, Karl Elling (2007) *Selvbestemmelse- egne og andres valg og verdier*. Oslo:

Universitetsforlaget AS. (s.25-27,49-55,71-79,165-174).

Frivold, Gro, & Dale, Bjørg. (2013). Sykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdeling. *NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING*, 3(2), 90-104.

Finset, Arnstein. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i enenkel kommunikasjonsmodell. I H. O. Engvold & K. Johnsen (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 15-22). Oslo: Universitetsforlaget.

Grasaas, Kari Krüger, Marit Sjursen og Jørn Stordalen. (2018) *Helsefagskolen – Etikk og Kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm AS (82-83.140-152. 169-170. )

Gibson, C.H. (1991) *A concept analysis of empowerment. Journal of advanced nursing.* (16, 354-361).

Hansen, Åse-Marion og Lars Gunnar Lingås (2009). *Etikk og kommunikasjon*. Oslo: Damm & Søn.

Horne, Hans og Bjarne Øyen (2007) *Målrettet miljøarbeid- Anvendt atferdsanalyse. Del 2 Opplæringsteekniker*. Lillestrøm: G R D Forlag

Hummerfelt, Kristin (2005). Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv-honnørord med lavt presisjonsnivå, I: Elisabeth Willumsen (red) (2005). *Brukermedvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget. S.217.218

Høybråten, Sigstad, H.M. (2004). *Brukermedvirkningsalibi eller realitet? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1 (124), 63-64.

Ishikawa, Hirono, Hashimoto, Hideko, Kinoshita, Makoto, & Yano, Eiji. (2010). *Can nonverbal communication skills be taught? Medical Teacher*, 32(10), 860-863.

Knapp, Mark L., & Hall, Judith A. (2010). *Nonverbal Communication in Human Interaction* (7 utg.). Wadsworth: Cengage Learning.

Lingås, Lars Gunnar (2011). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Nordlund, Inger, Anne, Thronsen og Sølvi Linde. (2015) *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard. 2004. *Bære eller Briste*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Skau, Greta Marie (2012) *Gode Fagfolk vokser- Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Latvia: Cappelen Damm AS.

Travelbee, Joyce. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization (1998) *Health promotion glossary*. Geneva: WHO

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 24 juni 2011 nr.30. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (lest 01.06.20)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) 24 juni 2011 nr.30.

Lovdata, [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3) , 2011, (lest 07.05.20)

<https://www.fo.no/din-profesjon/vernepleier/> (lesedato 08.05.2020).

[https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din\\_profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk\\_grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din_profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk_grunnlagsdokument.pdf)

Fellesorganisasjonen (FO) <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf> (lest 07.05.2020)

Helsedirektorartet <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>, 2017 (lest 08.05.20)

Helsenorge, <https://helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning>, 2018 (lest 08.05.20)

<https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r11x.asp?linkinfo=44406&newsid=1201&apostid=217> (lest 29.05.20)

*Llort, Sonia Muñoz, Jane Svartskuren og Iselin Partee*

<https://forskning.no/forskeren-forteller-helse-populaervitenskap/tilpasset-kommunikasjon-for-voksne-pasienter-med-sprakvansker/1291313> PUBLISERT Fredag 08. februar 2019 - 04:30 (lest 29.05.20)

<https://forskning.no/forskeren-forteller-helse-populaervitenskap/tilpasset-kommunikasjon-for-voksne-pasienter-med-sprakvansker/1291313> (Lest 30.05.20)

<https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf> (lest 01.06.20)

<https://www.fn.no/tema/menneskerettigheter/Menneskerettigheter> (lest 01.06.20)

<https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/informasjonsmateriell-og-brosjyrer/afasi-arsaker-rehabilitering#arsaker-til-afasi> (lest 01.06.20)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/miljofaktorer/informasjon-til-personer-som-omgas-slagrammede-med-afasi> (lest 01.06.20)