



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

God palliativ omsorg, en verdig død.

Good palliative care, a death in dignity.

Liv Astrid Nilsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 25.05.2022.



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 §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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"/>

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: Gunnhild Håndlykken Sylte

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: 25.05.2022.

Antall ord: 7208

Forord:

- Gje meg handa di, ven, når det kveldnar, det blir mørkt og me treng ei hand.

- Sondre Bratland

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling.....	2
2.1	Avgrensing	2
3.0	Begrepsavklaring til begrep i problemstilling.	3
3.1	Demens.....	3
3.2	Palliativ omsorg.....	3
3.3	Sykehjem	4
3.4	Vernepleier	4
3.5	Tverrfaglig samarbeid	4
4.0	Metode.....	5
4.1	Litteratursøk	5
4.2	Forforståelse	6
4.3	Validitet og reliabilitet.....	6
5.0	Teori	7
5.1	Demens	7
5.1.1	Ulike typer og grader av demens	8
5.2	Palliativ omsorg.....	9
5.3	Palliativ plan.....	10
5.4	Kommunikasjon	10
5.5	Tverrfaglig samarbeid	11
5.6	Vernepleier	12
5.7	Pårørende.....	13
6.0	Drøfting	14
6.1	Vernepleier og pårørende.	14
6.1.1	Terminal fase og pårørende.....	16
6.2	Palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem.....	17
6.3	Smerter og demenssykdom.....	18
6.4	Palliativ omsorg.....	19
6.4.1	Palliativ plan.....	20
7.0	Konklusjon.....	23
8.0	Refleksjon.....	24
	Litteraturliste.....	25

1.0 Innledning

I Norge i dag regnes det med at det er rundt 80 000 mennesker med demenssykdom. Norge har en sterkt aldrende befolkning og det regnes som sannsynlig at 70-80% av alle pasienter vil trenge palliativ omsorg i sine siste leveår (Haugen og Aas 2016). Skovdahl (2016) forklarer at risikoen for demens øker med alderen, og fra år 2020 ventes det at andelen 90 åringer i befolkningen vil øke betraktelig, dette betyr at om forekomsten av demenssykdom holder seg, vil antallet eldre med demenssykdom nesten være fordoblet i 2040 (Skovdahl 2016). God behandling stiller høye krav til både pleiefaglig og medisinsk kompetanse og de fleste menneskene med demens vil ha behov for opphold i sykehjem/sykehus i løpet av sykdomsforløpet (Haugen og Aas 2016). Det vil være behov for fleksibilitet og individuelt tilpassede løsninger og derfor kreves det et samarbeid på tvers av profesjonene i helseforetaket (Willumsen og Ødegård 2016). Sykehjemmene skal kunne gi et tverrfaglig tilbud og ha tilgang til relevante faggrupper (Haugen og Aas 2016).

Helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig kompetanse er deler av vernepleierens samlede grunnkompetanse (Owren og Linde 2011). I historisk perspektiv har vernepleieren arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemming (Owren og Linde 2011). Etterspørselen etter fagutdannede helsepersonell i Norge er økende (Helse- og Omsorgsdepartementet 2019-2020). Gjennom sin brede kompetanse kan en vernepleier arbeide tverrfaglig med mennesker med kognitive utfordringer som demenssykdom på eksempelvis sykehjem, og dermed bidra i palliativ omsorg. Gjennom studien ønsker jeg å utforske hvordan vernepleieren kan bidra til at denne pasientgruppen med demenssykdom på sykehjem blir ivaretatt ved livets slutt. Med dette som bakteppe har jeg kommet til følgende problemstilling: Hvordan kan vernepleieren legge til rette for god palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan vernepleieren legge til rette for god palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem?

2.1 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde palliativ omsorg til mennesker med demenssykdom på sykehjem. Det er mange mennesker med demenssykdom som bor hjemme, men jeg ønsker å se på vernepleierens rolle i et tverrfaglig perspektiv på sykehjem. Historisk sett har vernepleieren yrkesutøvelse rettet seg mot mennesker med utviklingshemming, men med en tendens til økende alder i befolkningen og dermed flere beboere med demenssykdom på sykehjem, ønsker jeg å se på om det finnes noe faglitteratur som kan belyse vernepleierens rolle innen palliativ omsorg på sykehjem. Problemstillingen tar for seg god palliativ omsorg, temaet for oppgaven er: «god palliativ omsorg, en verdig død». Og vil belyse hvordan vernepleieren kan bidra til dette.

3.0 Begrepsavklaring til begrep i problemstilling.

3.1 Demens

Demens er en felles betegnelse på en rekke ulike sykdommer og skader med ulik bakgrunn (Skovdahl 2020). Demenssykdom deles vanligvis inn i tre hovedgrupper: Primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, som oftest oppstår hos eldre mennesker. Demens kjennetegnes ved svekket mental kapasitet hvor svikt i hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon er faktorer som etter hvert vil føre til svikt i evnet til å mestre daglige gjøremål. Demens kan ikke kureres og tilstanden forverres over tid (Ulstein 2012).

3.2 Palliativ omsorg

Ifølge Helsedirektoratet (2013) beskrives den palliative fasen (livets slutfase) som en prosess. Prosessen starter når det erkjennes at sykdommen til en person er uhelbredelig, og avsluttes når personen dør.

World Health Organization (WHO) (2002) definerer palliasjon, som også kalles palliativ omsorg eller palliativ pleie som en tilnærming til pasienter/ brukere med livstruende sykdom for å forbedre livskvaliteten deres og i tillegg deres pårørende. Jeg har valgt å bruke palliativ omsorg som begrep i denne oppgaven. Kaasa og Longe (2016) forklarer at fokuset palliativ omsorg skal være på smertelindring, pleie og omsorg med søkelys på det fysiske, psykososiale og åndelige. Videre skriver de at palliativ omsorg i tillegg skal innbefatte støtte for at pårørende skal kunne håndtere situasjonen på en best mulig måte, og at palliativ omsorg ikke en medvirkning til å korte ned livet til døden inntreffer, snarere en forlengelse av livet (Kaasa og Longe 2016).

3.3 Sykehjem

Sykehjem er en helseinstitusjon som gir brukere heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje på sykehus, men som likevel krever mere helsefaglig innsats enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i brukerens eget hjem. Sykehjem er en del av kommunehelsetjenesten (Braut 2022).

3.4 Vernepleier

En vernepleier beskrives ofte som en som innehar helsefaglig, pedagogisk -og sosialfaglig kompetanse, og i et historisk perspektiv ble vernepleie sett på som en yrkesgruppe som skulle jobbe på institusjon med personer med psykisk utviklingshemming (Owren og Linde 2011). I følge Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) skal en vernepleier være brukerorientert og reflektert. Dette innebærer å ha et helhetlig menneskesyn ved å vise respekt, ivareta menneskets rettigheter og autonomi (Owren og Linde 2011).

3.5 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner samarbeider rundt en felles oppgave eller et felles prosjekt (Willumsen og Ødegård 2017). Profesjonene vil være engasjerte i felles beslutninger, gjennom å dele og utveksle informasjon og kunnskap fra sine ulike fagfelt (Iibid).

4.0 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som er basert på kvalitative data. Dalland (2007) forklarer at metode er et redskap til å besvare en problemstilling gjennom å undersøke etterprøvd kunnskap. I metodekapitlet vil søk, forforståelse funn, validitet og relabilitet, forforståelse og metode kildekritikk bli redegjort for.

4.1 Litteratursøk

Litteratursøk har som mål å finne ut hva som tidligere er skrevet om temaet vi ønsker å belyse (Dalland 2007). I gjennomføringen av litteratursøk har jeg benyttet flere databaser. Jeg har brukt Atekst og avansert søk i Oria. Jeg har brukt ord som demens, palliativ omsorg, palliativ, sykehjem, vernepleier og tverrfaglig samarbeid. Jeg har satt disse i sammenheng med hverandre. Jeg har i tillegg brukt forkortelser med trunkeringstegn (*) som demen*, palliat*, sykeh*. Dette bidro til at jeg kunne søke på flere former av et ord og antall resultat økte. Jeg har også brukt litteratursøk ved å gå gjennom pensum fra tre år på vernepleiestudiet for å se om noen bøker eller artikkelsamlinger har relevans for oppgaven. I tillegg har jeg brukt aktuelt pensum fra sykepleierstudiet som jeg har funnet på biblioteket. Artikkene jeg har brukt er fagfellevurdert. Jeg har søkt på google for å finne statsdokumenter, artikler og palliativ plan for Møre og Romsdal. Når det gjelder artikkene har jeg sett på kildelista for å finne primærkildene, da sekundærkilder ofte er bearbeidet materiale og kan være preget av skribentens forforståelse (Dalland 2007).

Det finnes få artikler og annen litteratur som direkte beskriver vernepleieren i palliativ omsorg med demenssykdom på sykehjem, men litteratur jeg vil trekke frem er: *Palliasjon Nordisk lærebok*, av Stein Kaasa og Håvard Longe (2016), *Demensplan 2020*, utarbeidet av Helse- og Omsorgsdepartementet (2015) og *På liv og død, palliasjon til alvorlig syke og døende* (NOU 17:16). I ferdigstillingen av oppgaven har jeg benyttet meg av time med bibliotekar for å gå gjennom kilder, kildehenvisning og kildeliste.

4.2 Forforståelse

Brodtkorb og Rugkåsa (2009) forklarer at mennesker utvikler begreper og verdier som brukes til å tolke å forstå egen virkelighet med. Mennesker bruker denne forforståelsen når de går inne i en situasjon eller hendelse. Vår forforståelse består av egne oppfatninger og holdninger som vi bygger opp gjennom personlig erfaring og sosial og kulturell bakgrunn Brodtkorb og Rugkåsa (2009). Jeg har ikke yrkeserfaring med mennesker med demenssykdom i palliativ fase, men har etter hvert reflektert over om det er plass for vernepleiere i den palliative omsorgen på sykehjem. Fordi jeg som vernepleier ønsker å jobbe på sykehjem i demensomsorgen. Gjennom media dannes det et bilde om en eldreomsorg under press og økende behov for helsepersonell på sykehjem da det vil bli flere eldre med demenssykdom Samtidig kan tema rundt døden oppfattes som tabubelagt (Helse og Omsorgsdepartementet 2019-2020). Forforståelse er foranderlig og beskrives som en hermeneutisk sirkel hvor det å være åpen og å stille spørsmål bidrar til å legge til rette for nye forståelser (Aadland 2011). Min kunnskap om palliativ omsorg før jeg begynte på vernepleierstudiet var begrenset. Palliativ omsorg var noe jeg kun knyttet til kreftsykdom, derfor er min forforståelse formet av forelesninger, praksisperioder og litteratur om emnet.

Demenssykdom har jeg derimot har opplevd i nær familie. Dette kan føre til at det er vanskelig å være objektiv. Ifølge Jenssen (2020) bør forskeren opprettholde distanse til valgt tema. Jeg har ikke brukt egen erfaring i oppgaven, men i stor grad brukt forskningsbasert kunnskap. Jenssen (2020) skriver at det er vil styrke objektiviteten å vise til studier enhver kan gjennomføre, enn å vise til egen praksiserfaring (Ibid).

4.3 Validitet og reliabilitet

Kildekritikk betyr å skille verifiserbare opplysninger fra spekuleringer (Dalland 2007). For at Bacheloroppgaven skal være troverdig må kildene som brukes vurderes med et kritisk blikk. Ved å ha et kritisk blikk på kildene gjennom hele arbeidet med oppgaven har jeg vurdert kildenes validitet (relevans og gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) (Ibid).

For å sikre kildenes validitet som betyr relevans og gyldighet har jeg satt en grense på å bruke litteratur i oppgaven som er eldre enn fra år 2000, dette for å sikre at litteraturen har

relevans og kan regnes som gyldig for problemstillingen pr i dag (Dalland 2007). For å sikre oppgavens pålitelighet har jeg brukt faglitteratur, godkjente databaser og fagfellevurderte artikler.

5.0 Teori

I denne delen presenteres ulike teori som er relevant for problemstillingen og for å ha grunnlag for drøfting. Teorien er hentet fra pensumlitteratur og andre relevante kilder. Begrepene som presenteres er demens, palliativ omsorg, palliativ plan, kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid, vernepleieren og pårørende. Disse teoridelen er relevant å ha med i videre drøfting for å kunne svare på problemstillingen «Hvordan kan vernepleier legge til rette for god palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem?».

5.1 Demens

Demens skyldes sykdom i hjernen, ofte sett hos eldre mennesker. Kjennetegn på demens kan være svekket mental kapasitet som fører til svikt i flere psykologiske prosesser som eksempelvis oppmerksomhet, språk, hukommelse og lære- og tankeevne. Mange mennesker med demenssykdom endrer personlighet og atferd. Forandringer som kan oppleves vanskelig for den det gjelder og deres pårørende. Daglige aktiviteter som påkledning, matlaging og hygiene blir vanskelig å få til. Demenssykdom er kronisk, og det vil skje en forverring over tid, det vil si at demenssykdom er irreversibel og progredierende (Ulstein 2012).

I Norge er brukt det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 fra World Health Organization (WHO) til å definere demenssykdommen. På landsbasis regnes det med at forekomsten av personer som lider av demenssykdom er rundt 80 000 og dette er økende (Skovdahl 2020). Det antas at nye tilfeller vil være oppimot 10 000 pr år og det ventes en fordobling i de neste 20 til 30 årene (Ulstein 2012). Skovdahl (2020) forklarer at risikoen for å demenssykdom øker med alderen og fra år 2020 er det ventet at antallet 90 åringer i

befolkningen vil øke kraftig, noe som betyr at om forekomsten av demenssykdom holder seg, vill antallet av mennesker med sykdommen være nesten fordoblet i år 2040 (Skovdahl 2020).

5.1.1 Ulike typer og grader av demens

Alzheimers er den mest kjente og vanligste demenssykdommen og om lag 60% av de som har demenssykdom har denne varianten og risikoen for å få sykdommen øker med alderen (Skovdahl 2020). Andre demenssykdommer er demens med Lewy-legeme, vaskulær demens og senil demens (aldersdemens). Aldersdemens starter snikende og forverres gradvis. Aldring medfører ofte svekkelser i muskelstyrke, koordinasjon, sanseapparat og balanseorganer. Noe som fører til et økende behov for tilsyn på grunn av desorientering og hukommelsessvikt (Bondevik og Nygård 2012). Om et menneske i tillegg til økende alder får aldersdemens kan det bli vanskelig å formidle sine behov og personen kan bli isolert (Bondevik og Nygård 2012).

Demenssykdom deles inn i mild, moderat og alvorlig grad. Det er individuelt hvordan sykdommen utvikler seg og hvordan den enkelte mestrer sin demenssykdom. Hvor i hjernen sykdommen ligger vil også påvirke sykdom og sykdomsbilde. Det kan være vanskelig å si eksakt når sykdommen starter da demenssykdom utvikler seg over tid (Bondevik og Nygård 2012).

Personer med mild demenssykdom vil fungere tilsynelatende «normalt», mange vil likevel oppleve utfordringer i hverdagslivet. Personen kan oppleve hukommelsestap, bli mistenksom og i tillegg miste tidsperspektiv. Mange kan mangle initiativ og miste interessen for tidligere aktiviteter og kan være ubesluttsomme. I tillegg kan noen bli deprimerte og aggressive siden de ikke mestrer det de gjorde tidligere (Bondevik og Nygård 2012).

Personer med moderat demenssykdom vil ha større utfordringer til å klare hverdagen sin uten hjelp og støtte fra andre. Personen kan oppleve utfordringer med hverdags aktiviteter (ADL- ferdigheter), dette innbefatter personlig hygiene, måltider og husarbeidet. Dette er ofte en fase hvor helse- og omsorgstjenesten kommer inn. Personen er ofte glemsk, språket kan være begrenset og mange vil være avhengig av andre. Vrangforestillinger,

synshallusinasjoner, rastløshet, uro og sviktende atferd er symptomer som personen kan oppleve (Bondevik og Nygård 2012).

Personer med alvorlig demenssykdom vil ha tydeligere symptomer på hukommelsessvikt og fysisk svekkelse. De fleste bli inkontinent og vil ikke mestre å ta vare på seg selv. De må etter hvert flytte på institusjon for å få hjelp og stell. Personen kjenner ikke igjen sine nærmeste og de har liten orientering av tid og sted. Mer enn halvparten av tilfeller av alvorlig demenssykdom er Alzheimers (Bondevik og Nygård 2012).

5.2 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg har som mål og gi pasienter som er døende et så godt liv som mulig i livets siste fase (Helse Møre og Romsdal 2021). Palliativ omsorg blir ofte brukt isteden for lindrende behandling og det som er spesielt med palliativ omsorg er at behandling og omsorg er rettet mot den døende og personens reaksjon på sykdommen når det kommer til fysisk, psykisk, sosialt og åndelig (NOU 2017:16).

Idegrunnet til palliativ omsorg er rettet mot både pasienter og pårørende (Grov 2020). Grov (2020) forklarer at hovedmålene i palliativ omsorg er symptomlindring og livskvalitet. Den palliative tilnærmingen varer lengere enn de siste ukene før døden inntreffer, og dette betyr at når palliativ omsorg skal sees i behandling og oppfølging av eldre, kan den palliative fasen vare lengere enn et år (Ibid).

Palliativ omsorg skal være brukerorientert. Kaasa og Longe (2016) forklarer at dette innebærer at pasienten i størst mulig grad og på sine premisser blir involvert i beslutninger om behandling, pleie og omsorg. Mennesker med kort forventet levetid må prioriteres høyt, mennesker som er i den siste delen av livet må gis muligheter til å leve best mulig, blant annet ved at de tilbys gunstig symptomkontroll, og at de praktiske forholdene blir lagt til rette (Kaasa og Longe 2016). Best mulig livskvalitet, uansett prognose og diagnose er sentrale mål for palliasjon (NOU 2017:16). Haugen og Aas (2016) skriver at fokuset i palliativ fase er omsorg og en behandlingsplan (ibid).

Den palliative omsorgen bør planlegges sammen med det teamet pasienten har rundt seg, lege, sykepleier, annet helsepersonell som vernepleier og pårørende, pasienten skal involveres så lenge samtykkekompetansen er til stede (Kaasa og Longe 2016). Dialog gjennom forberedende samtaler med de involverte kan legge grunnlaget til en palliativ plan (Helse Møre og Romsdal 2021).

5.3 Palliativ plan

Palliativ plan kan forklares som et dokument / verktøy som skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, dette for at den som er syk og de pårørende kan oppleve trygghet og mest mulig livskvalitet (Helse Møre og Romsdal 2021). Planen blir til gjennom dialog og forberedende samtaler mellom den som eier planen (pasienten), helsepersonell og pårørende. En forhåndssamtale gir viktig informasjon til helsepersonell, men er også verdifull for å få fram hva som er viktig i pasientens liv og hvilke ønsker og behov pasienten har når livet går mot slutten (Palliativ plan 2019). I tillegg er forhåndssamtaler med på å sikre at personer med demenssykdom har medbestemmelse, noe pasient og brukerrettighetsloven (§ 3-2 1999) slår fast at pasienter har krav på. Planen skal oppdateres etter hvert i sykdomsforløpet når tilstanden endrer seg og den skal være med på å gi økt trygghet til alle involverte, det vil si, pasient, pårørende og helsepersonell (Helse Møre og Romsdal 2021).

5.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er ikke bare tale, men også tegn og signaler (Eide og Eide 2007). Det kan eksempelvis være kroppsspråk og stemmeleie (Longe 2016). I yrkessammenheng stilles det krav om at helsepersonell tilfører sin faglige kompetanse i kommunikasjonen og relasjonen, og dette skal komme pasienten til gode (Røkenes og Hansen 2012). Kaasa og Longe (2016) skriver at i palliativ omsorg hvor døden er forestående, ønsker pasientene ofte å snakke om sin egen død (Ibid).

Ifølge Eide og Eide (2007) så har pasienter med demenssykdom og svekkelse i den kognitive funksjonen vansker med å uttrykke seg verbalt og nonverbalt. Videre skriver de at når mennesker blir eldre, kan kommunikasjonsevnen påvirkes av å få en demenssykdom (Eide og Eide 2007). Det antas at 60-80% av pasienter med demenssykdom i sykehjem har smerter, men på grunn av kommunikasjonsutfordringer får de sjeldnere smertelindring enn kognitivt velfungerende pasienter (Huurnink og Haugen 2016) Vernepleieren skal utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt og ivareta menneskets autonomi. En av vernepleierne nøkkelkompetanser er å kommunisere med pasienter (Utdannings og forskningsdepartementet 2005).

Kommunikasjon betyr å formidle en mening, og utveksle signaler i forskjellige former til hverandre (Røkenes og Hansen 2012). Å ha gode ferdigheter innenfor kommunikasjon er med på å forstå pasienten, danne en relasjon, gi bedre støtte, ta gode beslutninger og styrke følelsen av trygghet (Eide og Eide). Å få en god relasjon til helsepersonell er en sentralt for at pasienter i palliativ fase kan oppleve trygghet (Kaasa og Longe 2016). Brask, Østbye og Ødegård (2016) forklarer at gjennom kommunikasjon og relasjon kan de gode samtalen oppstå.

5.5 Tverrfaglig samarbeid

Gjennom utdanningen får vernepleieren en bred kompetanse som også innbefatter kompetanse i tverrfaglig samarbeid (Forsknings- og utdanningsdepartementet 2005). Tverrfaglig samarbeid kan være viktig i arbeidet med å sikre helhetlige og tilrettelagte tjenester og kjennetegnet på et samarbeidet er når flere profesjoner arbeider sammen om et felles prosjekt eller oppgave (Willumsen og Ødegård 2017).

Personer, men demenssykdom i en palliativ fase er en pasientgruppe som krever tverrfaglig samarbeid på flere plan (Groven 2020). For vernepleieren vil brobyggerrollen komme til uttrykk når det benyttes en tverrfaglig arbeidsform (Brask, Østbye og Ødegård 2016). Brask, Østbye og Ødegård (2016) forklarer at brobyggerrollen er viktig for vernepleieren fordi samarbeidet foregår med systemene rundt pasienten, som pårørende og annet helsepersonell på sykehjemmet i tillegg til pasienten selv. I utarbeidelsen av palliativ plan vil vernepleieren i en brobyggerrolle samarbeide med mange på en gang og brobærerpraksis bærer preg av

anerkjennelse og tillit til de man samarbeider med. Målet er å få til gode tilnærminger til den palliative, men også til de pårørende (Brask, Østbye og Ødegård 2016).

5.6 Vernepleier

På midten av 1900- tallet ble vernepleie oppfattet som en yrkesgruppe med pedagogisk og medisinsk kunnskap og arbeidet ble utført på institusjon med personer med psykisk utviklingshemming (Owren og Linde 2011). Videre skriver Owren og Linde (2011) at vernepleiernes kompetanse ofte beskrives som tredelt. Det vil si helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk. I rammeplanen for vernepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005) er det satt opp generelle mål for alle som arbeider innenfor helse og sosialfagutdanning, det er at yrkesutøverne skal være reflekterte og sette mennesket i sentrum. Et overordnet mål for en vernepleier er å bidra til at de menneskene man jobber for eller med skal ha best mulig livskvalitet. Ved at vernepleieren tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser og arbeide for å forebygge funksjonssvikt og gjøre gapet mellom individet og miljøet mindre, kan vernepleieren fremme økt livskvalitet (Fellesorganisasjonen [FO] 2016).

I tillegg heter det at vernepleieren skal kunne samarbeide tverrfaglig og kunne planlegge, organisere og gjennomføre tiltak sammen med brukeren, pårørende og andre tjenesteytere og aktører for å fremme selvbestemmelse og deltagelse. Vernepleieren skal ha et helhetlig menneskesyn ved å vise respekt, ivareta menneskets rettigheter og autonomi (FO 2016).

Sjøengen (2010) er en holistisk tankegang hvor søkelyset er på nettopp det fysiske, psykiske samt det sosiale og åndelige viktig. Hun trekker også fram miljøarbeid og relasjonsbygging når hun skriver om vernepleieren i eldreomsorgen med søkelys på demensomsorgen. Videre heter det at vernepleieren skal kunne utføre miljøarbeid, habiliterings rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker. I tillegg skal vernepleieren være brukerorientert og reflektert (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

Aktiv lytting, tilstedeværelse og støtte er tre viktige elementer for at andre skal kunne åpne seg, og for å skape en god relasjon. Ikke alle synes det er like lett å åpne seg om tanker og

følelser (Eide og Eide 2007). En av vernepleierens oppgaver er å legge til rette for et trygt og åpent miljø slik at det kan bli lettere å snakke om vanskelige temaer som for eksempel døden. For at dette skal kunne skje må respekten for andre være på plass (Eide og Eide 2007).

Brask, Østbye og Ødegård (2016) skriver at det å ha et bevist forhold til egen yrkesrolle er hensiktsmessig for å kunne reflektere rundt rollen, og videre kunne bruke egen yrkeskompetanse på en integrert og fleksibel måte. For å tydeliggjøre rolleforventningene har Brask, Østbye og Ødegård (2016) definert fire kjerneroller gjennom en partnerrolle, ansvarsrolle, brobyggerrolle og pådriverrolle. Disse er både på individ og systemnivå og vernepleieren beveger seg mellom de forskjellige rollene ettersom situasjonen tilsier det (ibid).

5.7 Pårørende

Best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende er det sentrale målet for palliativ omsorg (Kaasa og Longe 2016). Pårørende er personer pasienten har tillit til og som representerer trygghet, mange pårørende bidrar med å yte omsorg til sine kjære (Ulstein 2012). Det er av betydning at helsepersonell og pårørende har en relasjon når livet for pasienten nærmer seg slutten. Demenssykdom er en sykdom hvor pårørende lider like mye som den som rammes av sykdommen (Huurnink og Haugen 2016)). Mange opplever å være nærmeste pårørende som svært belastende både psykisk og fysisk. Melby (2016) skriver i sin artikkel at mange pårørende til beboere på sykehjem opplever å se en de er glade i å bli dårligere og dårligere. (Ulstein 2012) peker på at omsorg handler om empati, tillit og forståelse. Det er avgjørende at helsepersonell møter pårørende med forståelse i deres sårbarhet for å kunne tilby kvalifisert omsorg (Melby et.al 2017).

Mange pårørende opplever stor belastning utover i sykdomsutviklingen. De er bekymret for fremtiden, og sorgreaksjoner kan oppstå lenge før pasienten dør (Ulstein 2012). Pårørende skal inkluderes og involveres i planlegging og beslutninger. De har behov for støtte og informasjon gjennom hele sykdomsforløpet, men særlig når diagnosen blir stilt (Huurnink og Haugen 2016). God informasjon skaper grunnlag for oversikt og helhetlig vurdering av situasjonen, det åpner for trygghet og forutsigbarhet (Eide og Eide 2007). Pårørende trenger

informasjon og opplæring om demenssykdom som en progredierende sykdom med vanskelig forutsigbart forløp, og om mulig palliative tiltak. (Huurnink og Haugen 2016).

6.0 Drøfting

I den foregående delen fins teori som belyser vernepleieren, demenssykdom, palliativ omsorg, kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid, pårørende og palliativ plan. Alle disse områdene har betydning for personer med demenssykdom på sykehjem og palliativ omsorg. I neste del blir denne teorien drøftet opp mot problemstillingen «Hvordan kan vernepleier legge til rette for god palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem?»

6.1 Vernepleier og pårørende.

Ivaretagelse og involvering av pårørende sees på som sentralt i palliativ omsorg. Kaasa og Longe (2016) skriver at familien er en stor resurs for å ivareta pasienten. Demensplan (2020) peker blant annet på at kunnskapsnivået må bedres for å utvikle mer tilpassede og tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demenssykdom og deres pårørende

God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og pårørende er sentralt for å sørge for brukermedvirkning. Her kan vernepleieren som helsepersonell sin tverrfaglige kompetanse komme inn og i en brobyggerrolle hvor vernepleieren lytter til både pasient og pårørende kan det sørges for et samarbeid. I tilfeller hvor pasienten på grunn av sin demenssykdom ikke har mulighet til å gi uttrykk for sine egne ønsker kan de pårørende være til stor hjelp. (Helsedirektoratet 2019) peker på at de pårørende har kompetanse og kunnskap om pasienten som kan være nyttig i den palliative omsorgen, der helsepersonell skal utøve behandling etter pasientens ønsker.

Vernepleieren som autorisert helsepersonell kan innhente informasjon fra pasientens pårørende, om pasienten selv ikke er i stand til å gi uttrykk for sine ønsker. Informasjonen til pårørende reguleres etter Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-1, 3-3, 1999). Om pasienten samtykker, kan vernepleieren informere nærmeste pårørende om pasientens helsetilstand, jf.

§3-3. om pasienten ikke er samtykkekompetent, kan vernepleieren involvere pårørende til å medvirke sammen med pasienten, jf. §3-1 (1999).

Ulstein (2012) skriver at pårørende ofte bidrar med å yte omsorg for sine kjære og at omsorg handler om empati, tillit og forståelse. Et godt samarbeid med pårørende kan være en ressurs ved behov. For eksempel kan pårørende ta med noe godt de vet at sin kjære er glad i å spise, eller et magasin å se i eller bruke litt ekstra tid. Pårørende skal ikke erstatte helsepersonell/vernepleier, men kan være et supplement i en travel hverdag (NOU17:16). Melby et.al (2017) slår fast at det er avgjørende at helsepersonell møter pårørende med forståelse i deres sårbarhet for å gi kvalifisert omsorg.

Definisjon på palliativ omsorg tilsier at helsepersonell skal bidra til å ivareta pårørendes livskvalitet på lik linje med pasientens (WHO 2002). Pårørende kan ofte selv ha behov for trygging og tett kontakt med personalet, kanskje har de et behov for at helsepersonell har tid til å sette seg ned å snakke med dem, eller by på en kopp kaffe (Grov 2020). I en slik situasjon kan vernepleieren gjennom en partnermodus vise medfølelse og forståelse, noe som kan være med på å frembringe trygghet og en god relasjon (Brask, Østbye og Ødegård 2016).

Pårørende til personer med demenssykdom kan oppleve en stor omsorgsbyrde selv om personen er på sykehjem, og mange kan oppleve at det er vanskelig å kombinere pårørende rollen med andre oppgaver som eksempelvis jobb (Huurnink og Haugen 2016). Huurnink og Haugen (2016) skriver videre at pårørende kan være bekymret for fremtiden, og sorgreaksjoner kan oppstå lenge før pasienten dør. Melby (2016) skriver også om at mange pårørende til sykehjemspasienter opplever å se en de er glade i blir dårligere og dårligere. Det kan tenkes at noen pårørende synes det kan være vanskelig å snakke om at deres kjære skal dø. Da kan vernepleieren legge til rette for en samtale og ved å lytte til hva den pårørende har å si. Ved å støtte opp om eksempelvis vanskelige følelser rundt døden kan det bli lettere å sette ord på det som kjennes tungt (Eide og Eide 2007).

Pårørende skal selvsagt inkluderes og involveres i planlegging og beslutninger. Det kan tenkes at de trenger informasjon og opplæring om demenssykdom som en progredierende og dødelig sykdom og at det skal settes i gang med palliative tiltak som for eksempel en palliativ plan. Huurnink og Haugen (2016) skriver at dette med fordel kan være en prosess,

hvor vernepleier med respekt og forståelse for pårørendes ønsker og reaksjoner tar opp aktuelle behov.

6.1.1 Terminal fase og pårørende

I slutfasen av livet, den terminale fasen vil de fleste pasienter ha vanskeligheter med å ta til seg mat og drikke (Omsorg for døende 2018). For pårørende kan dette oppleves som vanskelig. (Omsorg for døende 2018) hevder at det ikke er uvanlig at helsepersonell får kommentarer som «skal mor ligge her og sulte og tørste i hjel?». Vi dør ikke fordi vi slutter å spise og drikke. Vi slutter å spise og drikke fordi vi dør (Omsorg for døende 2018). Dette er en del av den naturlige dødsprosessen og vernepleier kan gjennom tilstedeværelse og støtte som helsepersonell forklare og trygge de pårørende på dette (Eide og Eide 2007).

Døende pasienter kan ofte plages av munntørrehet og munnstell ved å fukte leppene kan være med på å lindre plagene (Kristoffersen et. al 2016). Kan hende pårørende ønsker å bidra sammen med vernepleier som helsepersonell til dette og da føle at de gjør noe meningsfullt for sin kjære. Gjennom en god relasjon og samhandling mellom vernepleier og pasientens familie kan man oppnå at alle involverte er ivaretatt (Kaasa og Longe 2016).

Ifølge Brenne og Dalene (2016) er det å ha en god tilnærming ved å gi omsorg og lindring ved livets slutt grunnleggende for alle helsearbeidere. Kaasa og Longe (2016) hevder at å ha en god relasjon til helsepersonell er sentralt for at pasienter i palliativ fase skal oppleve trygghet. En god tilnærming til både pasient og pårørende gjennom kommunikasjon og relasjon kan være grunnleggende for å se til at et menneske forlater livet med så stor fred som mulig. En døende og dens familie har behov for, og krav på informasjon knyttet tilstand, og målsetting med eventuell behandling. Hvordan pasienter og pårørende blir møtt og lyttet til, kan ha stor betydning for om de opplever trygghet. God kommunikasjon og informasjon om dødsprosessen er derfor viktig for å ivareta for de pårørende (Ibid).

6.2 Palliativ omsorg for mennesker med demenssykdom på sykehjem

Å få en demenssykdom handler først og fremst om enkeltmenneskers skjebne, videre om familiens og de pårørendes opplevelser (Skovdahl 2020). (Bondevik og Nygård 2012) skriver at helsepersonell som arbeider med personer som har demenssykdom møter etiske problemstillinger nesten hver dag. Demenssykdom medfører at personer kan være kompetent til å ta visse avgjørelser, men samtidig mangle kompetanse til å ta andre (Demensplan 2020) Hvis personen fratras muligheten til å foreta sine egne, selvstendige (autonome) valg, krenkes han eller hun som menneske (Skovdahl 2020).

I Norge dør rundt 45% av befolkningen på sykehjem noe som betyr at sykehjemmene får en stadig viktigere rolle i palliativ omsorg (Melby et.al 2017). Bondevik og Nygaard (2012) skriver at 80% av beboerne på sykehjem har kognitiv svikt, og demenssykdom er en prorogerende, dødelig sykdom Hugen og Aas (2016) hevder at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliativ omsorg. Et grunnleggende prinsipp i palliativ omsorg er at det skal finnes en bred, tverrfaglig tilnærming til pasienten hvor det tverrfaglige teamet er en hjørnestein i det palliative tilbudet. Teamet skal bestå av minimum lege, sykepleier og minst ha en annen yrkesgruppe representert (NOU 17:16).

I de nasjonale retningslinjene om demenssykdom står det at kompetanse om demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, lindrende behandling, legemiddelbehandling samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang (Helsedirektoratet 2017). FO (2016) forklarer at vernepleieren skal kunne samarbeide tverrfaglig, vernepleieren kan behandle legemidler og sørge for selvbestemmelse og autonomi. Rammeplan slår fast at vernepleieren skal kunne ivareta brukerens interesser i tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper. Videre har utdanningen i Molde en visjon om tverrfaglighet. Det kommer fram i fagplanen til vernepleierutdanningen (2020:37) som sier at vernepleieren «kan bidra aktivt til brobygging og integrasjon- på tvers av fag og profesjoner innen helse- og sosialområdet»

Det kan da tenkes at vernepleieren kan være den andre yrkesgruppen NOU 17:16 refererer til som medlem i tverrfaglig team.

Vernepleiers rolle som helsepersonell i det tverrfaglige samarbeidet kan sees i sammenheng med brobyggerrollen, den handler om samhandlingsorientert arbeid på systemnivå. Det vil si at vernepleier i denne rolle skal samarbeide med andre profesjoner, eller pårørende. (Brask, Østby og Ødegård 2016). Videre kan dette sees i samsvar med et tverrfaglig perspektiv hvor brobyggerrollen kan være viktig i jobben med å utarbeide et individuelt tilpasset palliativt tilbud på sykehjemmet. Brask, Østby og Ødegård (2016) forklarer videre at vernepleier i en brobyggerrolle skal bidra til et miljø av interesse og raushet for de ulike medlemmene sin kunnskap og bidrag, altså medvirke til et godt tverrprofesjonelt samarbeid (Brask, Østby og Ødegård 2016).

6.3 Smerter og demenssykdom

Melby (2016) hevder at det kan være mange utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter med demenssykdom på sykehjem og at en utfordring kan være smertelindring. Melby et.al (2017) i forskningsrapport om lindrende behandling og omsorg er enig i dette og peker på at sykehjemspasienter med demenssykdom eller kognitiv svikt sjeldnere får smertestillende behandling enn kognitivt velfungerende pasienter (Melby et.al 2017). Helse- og omsorgsdepartementet (2019) slår fast at personer med alvorlig demenssykdom på sykehjem er undervurdert og underbehandlet. Smertevurdering hos pasienter med demenssykdom er utfordrende, da personer ved moderat og alvorlig grad av demenssykdom har redusert hukommelse, språk, og forventning knyttet til smerteopplevelsene (Helsedirektoratet 2015 i NOU 2017:16).

Melby et.al (2017) skriver i forskningsrapport at palliasjon historisk sett er bygd opp rundt kreft, mens andre pasientgrupper også kan ha utfordringer (Melby 2016) peker på i sin artikkel at det i den senere tid er blitt større oppmerksomhet på at også personer med demenssykdom har behov for palliativ omsorg. Haugen og Aas (2016) slår fast at sykehjemmene skal sørge for god symptomlindring. Melby (2016) hevder at det fortsatt kan være et dårlig lindrende tilbud til pasienter med demenssykdom i palliativ fase på sykehjem. Melby (2016) mener videre at en av årsakene kan være at helsepersonell mangler bevissthet rundt pasienter med demenssykdom. I Melbys (2016) artikkel kommer det frem at det kan være en forskjell på hvordan helsepersonell oppfatter smerter som eldre mennesker med

demenssykdom har i forhold smerter kreftpasienter har. Forfatteren viser til et eksempel som beskriver at i kreftomsorgen erkjenner helsepersonell raskt at de må gjøre noe, mens hos en eldre pasienten med demenssykdom på sykehjem tenker man ikke over at om pasienten er urolig eller apatisk kan det være på grunn av smerter. Helsepersonell kan tenke at «dette er en sykehjemspasient, her går livet sin gang» (Ukjent sykepleier sitert i Melby 2016).

Eksemplet forteller at et viktig område i den palliative omsorgen for vernepleiere og annet helsepersonell er å observere og kartlegge mulige smerter. Skovdahl (2020) skriver at smerteutredninger er nødvendig og videre peker han på at å utrede smerter hos personer med alvorlig demenssykdom er en stor utfordring siden de kan ha kraftig redusert evne til å uttrykke sine behov med ord, og de kan da i liten grad beskrive smertene sine. Skovdahl (2020) skriver at endret atferd ofte kan være et uttrykk for smerte og det stiller krav til observasjonskompetanse hos helsepersonell. Sjøengen (2010) trekker frem miljøarbeid og relasjonsbygging som elementer for vernepleieren i demensomsorgen. I miljøarbeid kan vernepleieren observere og kartlegge atferd med tanke på smertelindring. Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver om signalsensitivitet som en del av partnermodus hvor vernepleieren lytter i bred forstand og får med seg det som skjer. For å avdekke smerte kan vernepleieren ta i bruk denne signalsensiviteten i tillegg til observasjon og kartlegging.

6.4 Palliativ omsorg.

Palliativ omsorg har søkelyset på det som er viktig for pasienten nå og i nær fremtid (Huurnink og Haugen 2016). Målet er å oppnå best mulig livskvalitet, basert på en felles forståelse og størst mulig grad av brukermedvirkning (NOU 17:16). Dette gjelder også når pasientens evne til å delta blir begrenset. Palliativ omsorg til personer med demenssykdom bygger på de vanlige målsettingene for behandling, pleie og omsorg til eldre: livsforlengelse, vedlikehold og funksjon, lindring og livskvalitet.

Om helsepersonellet har en palliativ tilnærming kan dette være med på å bidra til å gjenkjenne sykdomsutviklingen og starte en prosess om overordnede mål og innsatsområder ut fra forventet/mulig sykdomsutvikling og pasientens og pårørendes behov, ønsker og preferanser (Huurnink og Haugen 2016). Dette kan sammenlignes med vernepleieren i brobyggerrollen, i brobyggermodus kan vernepleieren bidra til en felles forståelse av

situasjonen og hva som vil være til det beste for pasient og pårørende fremover (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Hvordan er det mulig å komme fram til gode medisinske avgjørelser når pasienten har begrenset samtykkekompetanse i spørsmål om egen helse? Et av svarene kan være å starte forbedrende samtaler så tidlig som mulig, mens pasientens beslutningskompetanse er best mulig bevart (Huurnink og Haugen 2016). Demensplan (2020) beskriver hvordan mange sykehjemspasienter med demenssykdom ikke får tilbud om forhådsamtaler og at beslutninger blir tatt over hodet på dem. Pårørende får helles tilbud om samtale med helsepersonell når pasienten er blitt syk og holder på å dø. Dette kan vernepleieren være bevist og i en partnerrolle kan åpne for dialog ved og tone seg inn mot pasienten (Brask, Østbye og Ødegård 2016).

Det kan tenkes at det vil være best at pasienten selv tar opp temaer som gjelder prognose, verdier og behandling og hovedfokuset i en forberedende samtale er å sikre at pasientens perspektiv kommer frem og forsøke å finne ut hva pasienten tenker (Huurnink og Haugen 2016). Det kan tenkes å være en god ide at vernepleieren tar opp temaer rundt vanskelige spørsmål når pasienten selv begynner å snakke om det, for eksempel når pasienten spør kommer jeg til å dø snart? (Kaasa og Longe 2016). Huurnink og Haugen (2016) peker på at helsepersonellens viktigste innfallsvinkel er å bygge tillit ved å ha søkelyset på at pasienten opplever en god hverdag. Det kan bety at det må legges til rette for slike «gylne øyeblikk» og gode samtaler mellom pasienten og vernepleier (Brask, Østby og Ødegård 2016) I disse samtalene kan vernepleieren bli kjent med pasientens livshistorie, hva som kan være av bekymring på den ene siden og hva som kan glede på den andre. Om pasienten selv ikke får formidlet hva som er til det beste kan vernepleieren i en brobyggerrolle samhandle med pårørende for å ivareta pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016).

6.4.1 Palliativ plan

Søren Kierkegaard sa i *En ligefræm medelelse* at en må finne ut hvor personen er og starte der (Røkenes og Hansen 2012). En palliativ plan er et nyttig verktøy som ofte blir tatt i bruk til pasientens beste (Helse Møre og Romsdal 2021). Å ha en klargjort plan for videre arbeid med pasienter som lider av langt kommet demenssykdom kan være avgjørende for å gi best

mulig pleie og å lage en videre plan for livsforlengende behandling eller livets siste dager. Dette er i tråd med lov om pasient og brukerrettigheter (§2-5 1999) som slår fast at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse-tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Det må alltid gjøres en konkret situasjonsbestemt vurdering om en pasient har samtykkekompetanse. Ved manglende samtykkekompetanse skal avgjørelser bygges på hva som medisinskfaglig sett er i pasientens interesse og hva man tror vil være pasientens eget ønske. (Helsedirektoratet 2013). Tiltak må være tilpasset endringer i behovet som følge av sykdomsutviklingen. Her kommer behovet for individuelt utarbeidet palliativ plan. Riktig oppføring og bruk av palliativ plan kan være en god resurs for alle som jobber med personer i palliativ fase, slik at alle involverte føler seg trygge og ivaretatt (Helse Møre og Romsdal 2021).

Huurinik og Haugen (2016) hevder at pasienter sjeldent snakker med sine nærmeste om hvilke ønsker de har ved livets slutt og at det ofte er helsepersonell som må ta initiativ til slike samtaler. Det kan derfor være avgjørende at vernepleieren som helsepersonell tar initiativ til en forhåndssamtale (NOU 17:16). Huurinik og Haugen (2016) er enig i dette og peker på ansvaret helsepersonell har til å snakke om vanskelige tema. Forhåndssamtaler danner grunnlaget for palliativ plan (Helse Møre og Romsdal 2021).

Den gode samtalen mellom helsepersonell og pasient inngår i palliativ omsorg. (NOU 2017:16) Videre pekes det på at det stilles krav til kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Her kan vernepleierens relasjons og kommunikasjonsferdighet komme inn (Forsknings- og utdanningsdepartementet 2005). For eksempel ved aktiv lytting kan vernepleieren bidra til å finne ut hva som er viktig for pasienten noe som et styrende prinsipp til hva samtalene skal inneholde (NOU 2017:16). Relasjonen til pasienten kan være avgjørende for å få til en god samtale og vernepleieren kunnskap om relasjonsarbeid kan derfor være relevant i denne sammenhengen. Brask, Østbye og Ødegård (2016) trekker frem den samhandlende vernepleieren på individnivå. Viktige elementer i denne rollen er dialog, innlevelse, brukerperspektiv og det å få til god samhandling med pasienten (Ibid).

Demenssykdom svekker på sikt den enkeltes mulighet til å hevde sine egne behov og interesser (Demensplan 2020). (Ulstein 2012) skriver at uavhengig av i hvilken grad

pasienten mestrer og gi uttrykk for sine ønsker og behov, har pårørende et ønske om å delta i samtaler om hvordan omsorgen ved livets slutt skal være. Dette kan være med på å understreke viktigheten i at pårørende snakker med sine kjære om hva pasienten ønsket før demenssykdommen gjør sitt til at pasienten ikke lenger har mulighet til å gi uttrykk for dette selv. I tillegg kan synliggjøre hvor viktig det kan være at vernepleier tar initiativ til en forhåndssamtale på et tidlig tidspunkt. Vernepleieren skal bidra til at de menneskene det samhandles med skal ha best mulig livskvalitet (FO 2016). Gjennom brobyggerrollen kan vernepleieren derfor bidra til at både pasienten og de pårørende blir tatt med i planen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Demenssykdom kan gjøre den enkelte involverte sårbar, personer med demenssykdom har de samme grunnleggende rettighetene som alle andre (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

7.0 Konklusjon

Vernepleieryrket er et relativt ungt yrke fra midten av 1900 tallet. Dette kan være en av grunnene til at vernepleieren som helsepersonell ikke er tatt med i hverken Demensplan 2020 eller meldingene fra Helse- og omsorgsdepartementet. I historisk sammenheng har vernepleieren jobbet med mennesker med utviklingshemming så tidligere har det ikke vært vanlig at vernepleieren har jobbet på sykehjem. I drøftingen kommer det frem at vernepleieren har kunnskap om relasjon og kommunikasjon noe som kan være en fordel da mennesker med demenssykdom kan ha utfordringer med å utrykke sine behov. Godt tverrfaglig samarbeid er også en viktig faktor for god palliativ omsorg og gjennom sitt tverrfaglige rolleperspektiv kan vernepleieren samhandle med andre pårørende og annet helsepersonell.

Drøftingen viser at pårørende til personer med langt kommet demenssykdom ofte er en sentral resurs i vedkommende sitt liv. Et godt samarbeid med pårørende vil bare være en fordel. Særlig med tanke på forhåndssamtaler i forbindelse med palliativ plan. Palliativ plan sikrer brukermedvirkning, samhandling, trygghet og forutsigbarhet for palliative pasienter med demenssykdom, pårørende og helsepersonell. I en eldreomsorg under press fordi det stadig blir flere eldre her til lands og dermed flere med demenssykdom vil det bli behov for vernepleieren i en yrkesrolle på sykehjem. Vernepleieren skal ikke erstatte noen profesjon, men komme i tillegg til de profesjonene som allerede jobber på sykehjem. Min konklusjon på hvordan vernepleieren kan legge til rette for god palliativ omsorg er at vernepleieren ikke kan få til dette alene, men i samhandling med pasienten, de pårørende og annet helsepersonell. Om vernepleieren tar initiativ til å utarbeide en palliativ plan vil også dette være med på å legge til rette for god palliativ omsorg.

8.0 Refleksjon

Før jeg på 2.studieår gjennomførte praksisperioden miljøarbeid på sykehjem hadde jeg aldri vært jobbet med eldre med demenssykdom i palliativ fase. På forhånd så jeg for meg at dette var noe jeg ikke kom til å like, og at sykehjem ikke var en fremtidig arbeidsplass for meg. Men livet er en arena for læring og min læreprosess kan sees på som en hermeneutisk spiral fordi jeg har tilegnet meg ny lærdom i løpet av vernepleierstudiet og praksisperioder. Jeg har alltid vært redd for døden, men en forelesning på høyskolen med en lærer som var formidlet palliativ omsorg på en god måte gjorde meg interessert og jeg ønsket praksis på en palliativ avdeling. Der utførte jeg praksisperioden miljøarbeid. Jeg fant det å jobbe med eldre mennesker med demenssykdom og palliativ omsorg givende. På grunn av det ønsket jeg å skrive bacheloroppgaven om demenssykdom og palliasjon og vernepleierens plass i dette arbeidet. Underveis har jeg gjennomført fordypningspraksis på samme avdeling noe som har gjort at jeg har fått vist fram hva vernepleieren kan bidra med i et tverrfaglig samarbeid. Jeg som ikke trodde jeg, ville like å jobbe med eldre med demenssykdom og var redd for døden har nå fått avdelingen som min arbeidsplass og jeg kunne ikke vært mere fornøyd. Man lærer så lenge man lever. Jeg er 56 år og har lært masse om meg selv gjennom denne oppgaven.

Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. *Og Eg Ser På Deg-: Vitenskapsteori I Helse- Og Sosialfag*. 3. Utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget.

Brask, Ole David, May Østby, and Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens Kjerneroller: En Refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brenne, Anne-Tove og Ronny Dalene. 2016. *Symptomlindring av den døende pasienten*. I Palliasjon, redigert av Kaasa, Stein, Jon Håvard Loge, and Dagny Renata Faksvåg Haugen. 638-651. Nordisk Lærebok. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, Olav. 2007. *Metode Og Oppgaveskriving for Studenter*. 4. Utg. ed. Helse- Og Sosialfag: Høgskole. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, Hilde, and Eide, Tom. 2007. *Kommunikasjon I Relasjoner: Samhandling, Konfliktløsning, Etikk*. 2. Rev. Og Utv. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fellesorganisasjonen 2022. «Vernepleiernes helsefagkompetanse» Lest 18.05.22.

<https://www.fo.no/vernepleiere-er-autorisert-helsepersonell/vernepleiernes-helsefagkompetanse-article7669-2526.html>

Forskrift til rammeplan for vernepleierutdanning (2005) Kunnskapsdepartementet. 26.01.2006.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-til-rammeplan-for-vernepleieru/id107712/>

Grimsbø, Gro Hjelmeland, Eli-Anne Skaug, Simen Alexander Steindal, and Nina Jahren Kristoffersen. 2016. *Grunnleggende Sykepleie 2: Grunnleggende Behov Og Helse*. 4. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Grov, Ellen Karine. 2020. *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I Geriatrisk Sykepleie: God Omsorg Til Den Gamle Pasienten. Redigert av Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb, and Anette Hylene Ranhoff. 522-537. 3. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Haugen, Dagny Faksvåg og Nina Aas. 2016. *Organisering av palliativt tilbud*. I Palliasjon, redigert av Kaasa, Stein, Jon Håvard Loge, and Dagny Renata Faksvåg Haugen. 112-124. Nordisk Lærebok. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Helsebiblioteket. no. Retningslinjer og veiledere. Eldre 2019. Lest 18.05.2022.

<https://www.helsebiblioteket.no/eldre/retningslinjer-og-veiledere>

Helsedirektoratet. Brukermedvirkning. 2017. Lest 18.05.2022.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratets pårørendeveileder 2017. Lest 12.05. 2022

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>

Helse Møre og Romsdal 2022. «Palliativ plan. Et tilbud til pasienter som har livstruande sjukdom som ikkje kan kurerast». Lest 18.05 22.

<https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>

Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2025. En handlingsplan 11/2020. Lest 18.05.22

[demensplan-2025.pdf](#)

Helse og Omsorgsdepartementet, «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet» St. 26 (2014- 2015). 07.05.2015. Lest 18.05.2022.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse og Omsorgsdepartementet, «Morgendagens omsorg» St. 29 (2012-2013) 19.04.2013. Lest 18.05.2022.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse og omsorgsdepartementet, «National helse- og sykehusplan» St.7 (2019-2020). 22.11.2019. Lest 18.05.2022.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Huurnink, Aart og Dagny, Faksvåg haugen. 2016. *Palliasjon til personer med demens*. I Palliasjon, redigert av Kaasa, Stein, Jon Håvard Loge, and Dagny Renata Faksvåg Haugen. 672-689. Nordisk Lærebok. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Jenssen, Dag, Monica Kjørstad, Sissel Seim, and Per Arne Tufte. 2020. *Vitenskapsteori for Sosial- Og Helsefag*. 1. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Kaasa, Stein og Jon Håvard Longe. 2016. *Diagnostikk innen palliasjon- en generell innføring*. I Palliasjon, redigert av Kaasa, Stein, Jon Håvard Loge, and Dagny Renata Faksvåg Haugen. 202-214. Nordisk Lærebok. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kaasa, Stein og Jon Håvard Longe. 2016. *Palliativ medisin en tilnærming*. I Palliasjon, redigert av Kaasa, Stein, Jon Håvard Loge, and Dagny Renata Faksvåg Haugen. 34-49. Nordisk Lærebok. 3. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb, and Anette Hysten Ranhoff. 2020 *Geriatrisk Sykepleie: God Omsorg Til Den Gamle Pasienten*. 3. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Linde, Sølvi, and Thomas Owren. 2011. *Vernepleiefaglig Teori Og Praksis: Sosialfaglige Perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Melbye, Line. *Palliasjon til pasienter med demens*. Artikkel, 2017. Lest 18.05.2022.

<https://www.aldringoghelse.no/palliasjon-til-pasienter-med-demens/>

Nygaard, Harald A., and Margareth Bondevik. 2012. *Tverrfaglig Geriatri: En Innføring*. 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget

NOU 2017:16. *På liv og død-palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 11.05.2016.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

Nygaard, Harald A., and Margareth Bondevik. 2012. *Tverrfaglig Geriatri: En Innføring*. 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Omsorg for døende i Shortland social. 2018. Lest 12.05 2022.

<https://social.shorthand.com/OmsorgForDoende/jyUNib904n/-du-dor-ikke-fordi-du-slutter-a-spise-men-du-slutter-a-spise-fordi-du-dor.html>

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rapport. «Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg.» Forfattere: Melby, Line et.al (2017). SINTEF. Teknologi og samfunn. Avdeling helse. Lest 18.05.2022.

[20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002 \(1\).pdf](#)

Regjeringen. no. «Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen» (2019-2023). 09.05.2019. Lest 18.05.22.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

Røkenes, Odd Harald, Per-Halvard Hanssen, and Ole Tolstad. 2012. *Bære Eller Briste: Kommunikasjon Og Relasjon I Arbeid Med Mennesker*. 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Sjøengen, Marit. 2010. *Vernepleier i eldreomsorgen/demensomsorgen. God miljøterapi har ingen bivirkninger*.

Skovdahl, Kirsti. 2020. *kognitiv svikt og demens*. I Geriatrisk Sykepleie: God Omsorg Til Den Gamle Pasienten. Redigert av Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb, and Anette Hylen Ranhoff. 408-434. 3. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Store Norske Medisinske Leksikon. Artikkel skrevet av Braut, Geir Sverre. *Sykehjem*.2018. Lest 18.05.2022.

<https://sml.snl.no/sykehjem>

Studieplan for Bachelor i vernepleie. (2020-2023). Lest 18.05.2022.

<https://www.himolde.no/studier/program/vernepleie/studieplaner/2020.html>

Thorbjørnsrud, Berit, Reidun Norvoll, Marianne Rugkåsa, and Elisabeth Brodtkorb. 2009. *Mellom Mennesker Og Samfunn: Sosiologi Og Sosialantropologi for Helse- Og Sosialprofesjonene*. 2. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademiske

Tjora, Aksel Hagen. 2021. *Kvalitative Forskningsmetoder I Praksis*. 4. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal.

Ulstein, Ingun. 2012. I *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. Redigert av Nygaard, Harald A., and Margareth Bondevik. (295-303) 3. Utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget.

Willumsen, Elisabeth, and Atle Ødegård. 2016. *Tverrprofesjonelt Samarbeid: Et Samfunnsoppdrag*. 2. Utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget.