



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**På hvilken måte kan vernepleier bidra, til økt livskvalitet for mennesker med demens på sykehjem?**

Tove Ødegaard

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 25.05.2011



## 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"><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 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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 180

Veileder: Hans Petter Iversen

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 25.05.2011

**Antall ord: 11 009**

## **Forord**

### **Dikt av Kirsti Solheim: Treet, bladene og den demente**

#### *Livets høst*

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

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

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

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

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

Livet mitt ”faller av”.

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men de som ser meg, kjenner meg.

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

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere? .....	2
1.3 Oppgavens hensikt .....	4
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
<b>2.0 PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>4</b>
2.1 Presentasjon av problemstilling .....	4
2.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	5
2.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	5
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>7</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	7
3.2 Databasen, søkeord .....	8
3.3 Vitenskapelige forståelse .....	8
3.3.1 Hermeneutikk, forforståelse og fenomenologi.....	8
3.3.2 Validitet og reliabilitet .....	10
3.3.3 Feilkilder .....	11
<b>4.0 TEORI</b> .....	<b>11</b>
4.1 Innledning .....	11
4.2 Demens.....	11
4.3 Livskvalitet.....	13
4.4 Ledelse .....	15
4.5 Holdninger/Etikk.....	17
4.6 Kunnskap/Faglighet .....	19
4.7 Makt .....	21
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
5.1 Innledning .....	22
5.2 Livskvalitet.....	23
5.3 Ledelse og livskvalitet.....	24
5.4 Holdninger og livskvalitet.....	25
5.5 Kunnskap og livskvalitet.....	26
5.6 Makt og livskvalitet .....	27
5.6 Vernepleier og livskvalitet .....	28
<b>6.0 AVSLUTTNING</b> .....	<b>29</b>
6.1 Oppsummering.....	29
6.2 Konklusjon.....	29
6.3 Refleksjon .....	30
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>32</b>

## 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema*

Temaet for denne oppgaven er livskvalitet for mennesker med demens som bor på sykehjem. Jeg er opptatt av hvordan vi som pleiere behandler/snakker til og om mennesker med demens. Er det med respekt og verdighet? Som vernepleier kan jeg jobbe med mennesker med demens og da vil også kommunikasjon være viktig for at relasjonen mellom oss skal bli bra.

Bakgrunnen for dette tema fikk jeg da jeg var i praksis ved en dement avdeling på et sykehjem. Der opplevde jeg at det ikke alltid ble snakket så fint om mennesker med demens. Jeg reagerte også på hvordan de demente ble snakket til og at det ble snakket over hodet på dem, som om de ikke var der.

En dag jeg hadde formiddagsvakt står en pleier og en søt gammel dame med demens ute i gangen. Pleier roper og skriker ut: ”Nei, nå får det være nok. Nå har hun gjort i buksa igjen. Det er fjerde gangen på rad. Nå må sykepleier redusere avføringsmiddel. Dette går ikke an”. Den gamle damen står der bak pleier og ser fortvilet ut. Hva tenkte hun? Hva tenker pleier?

En annen gang var det en mann med demens som ville ut og ta en sigarett. Han sa dette til pleier og hun svarte: ”Du røyker ikke. Det har du sluttet med for lenge siden.” Mannen hadde egne sigaretter i medisinskapet som konen hadde kjøpt. Pleier visste også dette. Til meg sier pleier at hun ikke ville ha slik renning ut på verandaen i tide og utide. Og at det er usundt og ikke bra for han.

Hvorfor lyger pleieren til mannen? Kan det være fordi han er et menneske med demens og ikke husker fra morgen til kveld? Kan det være fordi hun er redd for at det vil gå for mye tid til dette? Hvorfor får ikke mannen bestemme selv? Er det rett? Slik jeg ser det så handler dette om respekt. Jeg begynte å reflektere over temaet og tenkte: Hvordan skal vi behandle andre mennesker? Er dette en verdig måte å bli sett og møtt på? Hvorfor tillater vi oss å behandle andre slik? Er det slik vi kan forvente at det er og skal være? Har det noe

med utdanning å gjøre? Er det personavhengig? Hvorfor er ikke virkeligheten slik vi har lært gjennom skole og teori?

Einar Aadland (2004: 47ff) sier at en teori er en forenkling av virkeligheten. Det kan oppstå konflikt mellom teori og praksis, og mange studenter klager over hvordan det er å komme ut i arbeid. Vi lærer om holdninger, etikk, moral og ha respekt for mennesker. Hvordan reagerte jeg? Gjorde jeg noe? Tok jeg pasienten i forsvar? Nei. Hvorfor ikke? Redd for hva de andre vil si? Hva tror du at du er osv.? Stoler jeg ikke på meg selv? Liten selvtillit? I utdanningen har vi lært at vi skal stille opp for de svake, snakke deres sak, ha respekt for de vi jobber med eller for. Jeg var kanskje ikke noe bedre enn de andre? Jeg kunne tatt opp dette i pausen. Hvis ingen gjør noe vil dette utvikle seg, og kanskje bli en ukultur på arbeidsplasser. Jeg har begynt å lure på om det er slik jeg må forvente at det er når jeg kommer ut i jobb? Jeg må bli tøffere og ta det opp hvis jeg senere får høre noen snakker ”stygt” om andre.

Jeg synes dette er en uverdigg måte å bli behandlet på i sin siste fase av livet, og synes mennesker med demens må bli behandlet med respekt og verdighet. Sykehjemmet er faktisk deres hjem. Hadde vi gjort og sagt likedan til ”friske” mennesker? Dette er mennesker som trenger hjelp til det meste og det var vondt og skremmende og se hvordan noen pleiere behandlet mennesker med demens. Vernepleiere har god kompetanse i forhold til etikk og gode holdninger, derfor kan dette arbeidsområdet være relevant for vernepleiere. Det å inneha denne kompetansen i forhold til mennesker med demens og andre er viktig å ha. Det blir flere eldre og personer med demens antas å øke kraftig de neste tiår. Jeg er av den oppfatning at alle mennesker må bli respektert som likeverdige mennesker uansett hvem, hva du er, hvilken diagnose eller hvor du kommer ifra.

Hensikten med dette studiet blir da å belyse hvor viktig det er at vi som pleiere utfører vår jobb med respekt og likeverd, for å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingen.

## ***1.2 Hvorfor er temaet relevant for vernepleiere?***

Dette temaet er ikke bare relevant for vernepleiere men for alle som skal hjelpe andre mennesker. Det er viktig at vi blir mer bevisst hvordan vi samhandler og kommuniserer



med dem vi skal hjelpe. Vi kan og skal ikke oppføre oss som om vi var hjemme og kan gjøre/si hva vi vil. Det er en forskjell på hvordan vi er hjemme og på jobb. På jobb må vi opptre profesjonelt. Dette kan synes vanskelig å skille, derfor er det viktig at vi som vernepleiere prøver å forandre på dette. Igjennom studietiden har vi lært mye om respekt, holdninger, etikk, moral og hvordan vi skal være i hjelpeforholdet. Derfor ble det som et sjokk og komme ut i praksis hvor jeg ser at virkeligheten er ikke slik som vi har lært gjennom teori. Vernepleieren har kompetanse i hvordan man skal behandle andre mennesker og kan gjerne arbeide på en dementavdeling.

I alle praksisperiodene foruten barnehagepraksisen, synes jeg at det manglet noe vesentlig i behandlingen av menneskene, nemlig respekt for den enkelte. Hvem vil vel bli behandlet uten respekt? Ikke jeg og kanskje ikke du heller. Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere (2002: 3) sier at vernepleiere skal fremme likeverd og respekt, møte mennesket og bidra til at de får brukt sine ressurser.

Dette temaet er vesentlig i samfunnet også og gjelder på mange andre områder i livet. Hvordan vi behandler /snakker til og om gjelder gjennom hele livet, helt ifra vi er små til vi blir voksne. Det begynner i familien (oppdragelse), barnehage, skole arbeidslivet og i resten av livet.

Jeg synes også temaet er relevant for meg som fremtidig vernepleier fordi det blir stadig flere eldre, vi blir sykere og lever lengre. Dette vil føre til at det kanskje vil bli større behov for personell og for vernepleiere i demensomsorgen.

I følge Hjort (2010: 98ff) har ca. 70 000 eller 1,5 % av befolkningen i Norge diagnosen demens. 60-65 % av de demente har Alzheimers demens, det vil si ca. 45 000 mennesker. Videre sier forfatteren at det i Norge er ca. 40 000 pasienter i sykehjemmene, og ca. 70 % av disse (28 000) er demente. Man antar at antallet mennesker med demens vil fordobles i de neste 30 årene, dette skyldes eldrebølgen. Man antar at den kommunale omsorgen må fordobles frem til 2040. Til dette trengs en nasjonal plan for rekruttering og utdanning av personell til omsorgstjenestene, sier forfatteren.

### ***1.3 Oppgavens hensikt***

Oppgavens hensikt er å få belyst hvor viktig det er at vi som hjelpere blir mer bevisst på hvordan vi behandler andre mennesker. Se på hvem sitt ansvar det er å skulle behandle mennesker med respekt og verdighet. Jeg vil også oppnå mer kunnskap på dette området. Kanskje kan jeg bruke dette i en framtidig jobb? Jeg kunne kanskje reist rundt i landet og holdt kurs og foredrag om temaet?

### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

Til å begynne med fulgte jeg har stort sett Olav Dallands (2007) bok ”Metode og oppgaveskriving for studenter” til oppgavens oppbygging. Etter veiledning fikk jeg også tips om å bruke Molde Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving og litteraturoppsett i Bachelorstudiet i vernepleie, som jeg har benyttet. Jeg har også vært på biblioteket og sett hvordan andre har gjort oppbyggingen av oppgaven. Jeg forandret og bruker stort sett skolens retningslinjer i denne oppgaven.

Innledningen i kapittel 1 sier jeg noe om mine erfaringer, tanker og refleksjoner som førte fram til denne problemstillingen. I kapittel 2 er hovedinnholdet problemstillingen og definisjon av begreper i problemstillingen. Kapittel 3 handler om metode (fremgangsmåte) hvor jeg sier noe om forforståelse, vitenskapsteoretisk forankring, validering og reliabilitet. Presentasjon av teorier og begreper som er relevant for problemstillingen finnes i kapittel 4. I kapittel 5 er det drøfting og diskusjon. I kapittel 6 er det avslutning med oppsummering, konklusjon og refleksjon av det jeg har presentert.

## **2.0 PROBLEMSTILLING**

### ***2.1 Presentasjon av problemstilling***

Ut i fra min erfaring på sykehjemmet og mitt syn på hvordan mennesker skal behandles kom jeg fram til denne problemstillingen:

*På hvilken måte kan vernepleier bidra, til økt livskvalitet for mennesker med demens på sykehjem?*

Hovedproblemstillingen velger jeg å dele opp i underproblemstillinger. Dette vil jeg gjøre fordi begrepet livskvalitet er stort og vil presisere mer hva jeg mener med det, slik at det kanskje blir mer forståelig for leseren.

Underproblemstillinger:

*Hva betyr livskvalitet for mennesker med demens?*

*Hvordan kan man gjennom ledelse bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med demens?*

*Hvordan kan mine holdninger øke livskvaliteten til mennesker med demens?*

*Hvordan kan kunnskap bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?*

*Har vi som hjelpere for stor makt ovenfor mennesker med demens?*

## **2.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Hvorfor synes jeg dette spørsmålet (problemstillingen) er viktig å besvare? Det er fordi jeg observerte disse episodene ved sykehjemmet, og ut ifra det valgte dette tema. Som sagt tidligere (se 1.1) så ble jeg veldig overrasket over hvordan de demente ble tilsnakket. Jeg synes det er en uverdigg måte å bli behandlet på, og slik mener jeg det ikke skal være. Det å skape og gi en følelse av likeverd er vesentlig i vår måte å behandle andre mennesker på. Jeg tenker det er viktig å fokusere på dette tema fordi det har stor betydning hvordan vi som hjelpere behandler andre mennesker. Hvis vi som hjelpere kan bli mer bevisst på hva vi sier til de vi skal hjelpe, så vil det kanskje bidra til at flere kan få en bedre hverdag og økt livskvalitet.

Mennesker med demens er syke og ekstra sårbare, og er mer prisgitt den måten pleiere behandler dem på. Derfor er det ekstra viktig hvordan vi kommuniserer og snakker til dem på.

## **2.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Jeg avgrensner i problemstillingen arenaen til en dementavdeling på et sykehjem. Jeg fokuserer på begreper som demens, livskvalitet, ledelse, kunnskap, holdninger /etikk og makt. Viser også til underproblemstillinger.

Begrepet livskvalitet er et upresist begrep som har forskjellig betydning for den enkelte. Det som jeg setter som mål på en god livskvalitet behøver ikke den andre å synes er god livskvalitet. Jeg tror kanskje at livskvalitet forandrer seg gjennom livet. Det som vi i Norge betegner som god livskvalitet vil kanskje i et annet land være forskjellig. Det vil også være forskjellig fra kultur til kultur. Det er ingen som på en måte eier sannheten og det er mange forskjellige virkeligheter i verden. Det jeg mener med livskvalitet i denne sammenheng er hvordan vi som pleiere behandler, snakker til, snakker om, ser, tar på alvor mennesker med demens for at de skal få en følelse av at hverdagen er god.

I forhold til ledelse kan det være viktig å se på om ulike lederstiler kan ha betydning for hvordan vi behandler mennesker med demens. Eller kanskje det kommer an på hvordan vi er som menneske og hvor mye vi kan om denne sykdommen? Hva legger lederen vekt på i arbeidet med mennesker med demens?

Kunnskap er viktig fordi vi gjennom teori og ferdigheter lærer hvordan vi som profesjonelle skal ta vare på mennesker med demens og hvordan vi behandler disse menneskene for at de skal oppnå en god hverdag.

Mine holdninger/etikk er også vesentlig i forhold til hvordan jeg som profesjonell yrkesutøver utøver mitt arbeid ovenfor mennesker med demens. Dette fordi at de skal få en følelse av å ha det bra/godt i siste fase av livet sitt. Jeg tror det er viktig å møte mennesker med demens, med respekt og verdighet for å bidra til å øke deres livskvalitet.

I hjelperelasjonen er det ofte lett at maktforholdet mellom pleier og den demente blir skjeft. Dette missforholdet er det viktig vi som pleiere er klar over. Det er av stor betydning at vi prøver å utjevne dette forholdet. Dette vil kanskje bidra til at den demente oppnå en økt livskvalitet i sin hverdag.

## 3.0 METODE

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Dallan (2007: 81) refererer Tranøys definisjon av ”metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”.

Denne oppgaven er et litteraturstudium, som er en kvalitativ metode. Denne metoden kjennetegnes ved at innhenting av data kan skje via tekster, observasjoner, feltobservasjoner eller samtaler i ulike former (Linde og Nordlund, 2006: 115). Videre sier forfatterne at kvalitative data presenteres som en sammenhengende tekst, ikke som tabeller eller statistikker. Det som er viktig er beskrivelsen. Teksten vil danne grunnlaget for analyse, drøfting og tolkning.

Jeg har brukt teori og faglitteratur fra pensumbøker, for å svare på min problemstilling og underproblemstillingene. Selvvalgt litteratur er på 200 sider og da vil dette bli en blanding av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Jeg har valgt denne metoden fordi jeg tror jeg får svar på min problemstilling igjennom litteraturen. Jeg har fått gode tips til litteratur gjennom lærer, medstudenter, litteratursøk (Bibsys) og ansatte på Høgskolens bokhandelen ”Odin”. Ved bokhandleren fikk jeg blant annet artikler om eldre og livskvalitet.

Jeg har valgt å bruke bøkene ”Demens” av Engedal og Haugen (2006). ”Personer med demens. Møte og samhandling” av Mork Rokstad og Lislerud Smebye (2008), som jeg fikk låne av en medstudent. ”Alderdom” av Hjort (2010), som jeg fikk tips av ansatte i bokhandleren ”Odin”. Disse bøkene har hjulpet meg for å finne litteratur om sykdommen demens. Noe litteratur har jeg valgt og ikke å benytte, som for eksempel ”Eldre i en brytningstid” skrevet av Nord, Eilertsen og Bjerkreim (2005). Denne boka fant jeg gjennom litteratursøk i ”Bibsys”. Denne boken valgte jeg bort fordi den handlet mest om eldre uten sykdommen demens. Jeg viser også til litteraturlisten og anser denne litteraturen som relevant for oppgaven.

Gjennom denne oppgaven har jeg oppnådd og fått større kunnskap gjennom å lese i litteraturen. Dette kan jeg kombinere med den erfaringskunnskap jeg fikk da jeg var

utplassert ved en dement avdeling. I denne oppgaven har jeg gått fram og tilbake fordi etter å ha lest ny/mer litteratur måtte noe tilføyes eller endres på. Jeg har også med dette oppnådd å få mer kunnskap og utviklet meg selv som vernepleier.

### **3.2 Databasen, søkeord**

Gjennom litteratursøket i Bibsys fant jeg ti bøker. Jeg brukt søkeordene demens, aldersdemens, tvang, makt, sykehjem, omsorg og livskvalitet. I denne oppgaven har jeg benyttet to av bøkene. Det er boka ”Alderdom” av Hjort (2010) og ”Demensguide” av Solheim (2009).

Pensumslitteatur som jeg har benyttet er litteratur av Aadland, Askheim, Brodtkorb m.fl., Dalland, Ekenes, Høst, Linde og Nordlund, Lingås, Røkenes og Hanssen, Spurkeland, Vatne og Witsø og Teksum. Jeg syns det er mye relevant litteratur gjennom pensum, som jeg har benyttet meg av i oppgaven.

Andre kilder som jeg har benyttet er biblioteket ved Høgskolen. Der har jeg fått hjelp og leitet litt selv etter litteratur som kunne inneholde noe med livskvalitet.

### **3.3 Vitenskapelige forståelse**

#### **3.3.1 Hermeneutikk, forforståelse og fenomenologi**

Denne oppgaven er skrevet ut i fra et hermeneutisk perspektiv sett ut ifra et vitenskapsteoretisk perspektiv. Røkenes og Hanssen (2006: 11) sier at fagpersoner er en del av det som kalles hermeneutisk sirkel, og hermeneutikk blir definert som *utlegging av forståelse, meddeling av det forståtte gjennom tale*. Kjernen i hermeneutikken er å tolke og forstå ut i fra tale og tekst. Vi opplever ikke verden på samme måte, derfor kan det være vanskelig å forstå medmennesker. Forfatterne sier også at vi forstår andre på bakgrunn av egne erfaringer, tanker og følelser og den kulturen vi er en del av. Dette er det som kalles forforståelse, som er den forståelsen vi tar med oss til møtet med andre mennesker. Vi får da del i den andres forståelse og gjennom dette endrer vi kanskje vår egen forståelse. Dette kjennetegner den hermeneutiske sirkel. Brodtkorb mfl. (2001: 37) hevder at når vi tolker en situasjon eller hendelse så bruker vi vår forforståelse. Da får vi en ny forforståelse som

vi bruker i nye situasjoner, og dette kalles den hermeneutiske sirkel. Vi forstår og tilnærmer oss situasjoner forskjellig på grunn av ulik forforståelse. Dallan (2007: 56) forklarer den hermeneutiske spiral som at ”spiralen” indikerer noe som aldri tar slutt, men utvikles stadig. ”Tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse, alt dette er deler i en helhet som stadig vokser og utvikles og er uttrykk for det genuint menneskelige (Dallan 2007: 56).

Man kan også si at vi oppnår mer kunnskap. Epistemologi er læren om kunnskap, og spørsmål som stilles er, hvordan kan den finnes, og hvilke former kan kunnskap ha. Ifølge Aadland (2004: 95) har kunnskapen mange ansikter og kunnskap ytrer seg som påstandskunnskap om en objektiv virkelighet ”der ute”, fortrolighetskunnskap som viser seg gjennom ordløse ferdigheter, subjektiv kunnskap om hva jeg selv ser som viktig, og som moralsk, religiøs og estetisk kunnskap. Aadland sier videre (2004: 179) at Husserls fenomenologi legger vekt på at vi i vår fortolkning må la ”saken selv” (fenomenet) framtre så langt som mulig så egne premisser.

”Det gjelder å stille seg så ”naken” og fordomsfri som mulig framfor det andre mennesket; skjønne så lite som mulig på forhånd, slik at man får tak i det andre menneskets særegenheter og egenart så ubesmittet som mulig av egne forhåndstolkninger” (Aadland, 2004:181).

Gjennom denne oppgaven vil jeg kanskje få svar på min problemstilling. Dette vil jeg få ved å lese i litteraturen, gjennom drøftingen og bearbeiding av stoffet. Derigjennom vil jeg forandre mitt helhelte syn gjennom ny viten og tolkning. Jeg er klar over at de teoriene jeg presenter behøver ikke å være den endelige sannhet. Det de representer er vår kunnskap så langt den har kommet (Dallan 2007: 109). Teorier vil forandre seg i takt med samfunnsendringer. Aadland (2004: 47) sier at en teori er en forenkling av virkeligheten. Videre sier forfatteren at en teori vil alltid bli prøvd mot det verdigrunnlaget som til enhver tid er rådende (2004: 63). Det er også slik at det finnes motstridende teorier.

Hvordan jeg er, hva jeg har lært, erfart og opplevd, hva jeg har med i min ”ryggsekk”, er min forforståelse. Den utvikles hele livet igjennom. Andre mennesker har en annen forforståelse enn min. Min forforståelse av mennesker med demens er at de må behandles på lik linje med alle andre mennesker. Det er viktig å lytte, se, anerkjenne, respektere og ta den demente på alvor. Forforståelse har jeg også fått gjennom praksiserfaringen jeg hadde

på dement avdelingen, gjennom kortidsavdeling og hjemmesykepleie som en bekjent har vært bruker av. Noe forforståelse har jeg fått gjennom presse og media. Ved å lese og tilegne meg ny kunnskap gjennom litteraturen, vil mitt syn på denne saken kanskje forandre seg. Jeg vil oppnå en ny kunnskap og derigjennom tolkning. Ved at jeg får tilført ny kunnskap gjennom denne oppgaven, så vil dette påvirke min forståelse av virkeligheten. Jeg må også ta i betraktning at forforståelsen kan være påvirket av det engasjementet jeg har til temaet. Jeg er også klar over at det er ikke slik som jeg opplevde det på alle dementavdelinger.

### ***3.3.2 Validitet og reliabilitet***

Jeg synes det er litt vanskelig å se om litteraturen har høy grad av validitet og reliabilitet, fordi jeg ikke har så mye erfaring med å vurdere dette. Jeg anser den litteraturen og pensumsstoffet som jeg har bruk i oppgaven som relevant for problemstillingen.

Forfatterne av bøkene er anerkjente og faglig kompetente i sitt arbeid.

I forhold til validitet og reliabilitet sier Olav Dalland (2007: 48) at metodene skal gi troverdig kunnskap.

*Validitet* vil si gyldighet og relevans. Når man skal måle noe må det ha relevans og være gyldig for problemet som skal undersøkes.

*Reliabilitet* står for pålitelighet/sikker data. Det vil si at målinger må utføres korrekt, og eventuelle feilmarginer angis.

Linde og Nordlund (2006: 117) sier at data er pålitelige hvis de gir et bilde av det vi er opptatt av, det vil si ”måler” det som var hensikten. Jeg tror reliabiliteten er bra da jeg skal bruke faglitteratur som direkte henvisninger for og vil sammenligne med erfaringsbasert kunnskap (praksis). Man kan også stille spørsmålet om vi kan stole på og vurdere om data er pålitelig og sikker. I forhold til validitet så tror jeg at dataenes gyldighet er relevante og egnet til å gi svar på problemstillingen. Dette gjelder begreper og teorier og jeg tror disse data er relevante og kan egne seg til å gi svar på spørsmål som stilles.

Jeg er også klar over at det finnes mye mer litteratur enn det som jeg har benyttet meg av i denne oppgaven.



### **3.3.3 Feilkilder**

Min opplevelse og observasjon på dementavdelingen kan ha innvirkning på mitt valg av litteratur. Det kan også være at den litteraturen jeg har funnet er for gammel, i forhold til nyere forskning. Jeg er også klar over at slik min opplevelse av dette var, behøver det ikke å være på andre dement avdelinger rundt om i landet. Det kan også være at jeg har overreagert og lagt noe annet i det enn det var ment som. Jeg er også klar over at jeg må være bevisst min egen forforståelse i dette arbeidet, hvilke briller og forestillinger jeg møter oppgaven med (Aadland, 2004: 212). Jeg var utplassert i syv uker og det er kanskje ikke så lang tid. Jeg ville kanskje hatt ett annet syn på dette hvis jeg hadde vært der lengre.

## **4.0 TEORI**

### **4.1 Innledning**

Jeg har valgt å definere begrepene demens, livskvalitet, ledelse, makt, kunnskap, holdninger/etikk. Jeg tror at de forskjellige begrep kan være flertydige, og de kan derfor oppleves forskjellig fra person til person. Dette gjør jeg for at kanskje leseren forstår bedre hva jeg legger i disse begrepene. Disse begrepene knyttes opp mot problemstillingen i drøftningsdelen for å se om de kan ha betydning for livskvaliteten til mennesker med demens.

### **4.2 Demens**

Ifølge Engedal og Haugen (2006: 15) har sykdommen demens oppgjennom tidene hatt mange forskjellige navn. I norrøn tid snakket man om å bli ”gammeltullet” eller ”gammel mannsvås”. I dag brukes begrepene ”å gå i barndommen”, ”bli rørete”, ”bli senil”, ”sløvsinn” eller ”åreforkalket”. Mange forbinder mennesker med demens som forvirrete glemsomme gamle mennesker som har mistet fotfestet i tilværelsen. Det kan være at de ikke kjenner igjen sine aller nærmeste, glemmer å slå av komfyren eller at de tuller seg bort og vet ikke hvor de er. Det sentrale er at mennesker med demens forsvinner gradvis mentalt og befinner seg i en enterskelfase mellom liv og død.

Mørk Rokstad og Lislerud Smebye (2008: 28) sier i boka ”Personer med demens” at:

Demens er en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Den viktigste betingelsen for at en slik tilstand skal kalles demens, er at både hukommelseevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenlignet med tidligere kognitivt funksjonsnivå (Rokstad og Smebye 2008).

Peter F. Hjort (2010:93) definerer i sin bok "Alderdom" begrepet demens slik:

Ordet demens kommer fra latin: "de" betyr bort fra, og "mens" betyr sinn. Det sentrale er at hukommelsen, evnen til å tenke og resonere og evnen til å fungere i dagliglivet svikter. Ofte kommer det alvorlige psykiske forstyrrelser og atferdsproblemer i tillegg. Sykdommen utvikler seg langsomt over ti år eller mer (Hjort 2010).

Det finnes mange forskjellige sykdommer i hjernen som kan føre til demens og Alzheimers demens er den hyppigste. I følge Hjort (2010: 95) har 60-70 % av de demente denne sykdommen. Jeg vil i denne oppgaven konsentrere meg om en av de mest vanlige som er Alzheimers type også kalt aldersdemens.

Nå har jeg sagt litt om sykdommen demens, og det som nå følger er teorier om hva som kan være viktig i hverdagen til mennesker med demens.

Engedal og Haugen (2006: 300ff) sier at for mennesker med demens kan tilværelsen i institusjonen ofte være dominert av passivitet og hendelsesløshet. Forfatterne sier videre at mennesker med demens har utbytte av å delta i aktiviteter som trim, håndarbeid, musikk, rytme og dans. Erfaringene har vært bedring i forhold til sosial fungering, uro og trivsel. Det er viktig at tiltakene tar utgangspunkt i mennesker med demens sine interesser og vaner fra tidligere i livet. Hos mennesker med alvorlig demens er interessen for dans og sang godt bevart, og det er viktig å spille musikk som er kjent.

Solheim (2009: 198) sier at aktiviteter koblet til musikk kan være med på å trene opp og vedlikeholde kroppslige og mentale funksjoner, kan skape sosial kontakt og dette igjen øke livskvaliteten.

Engedal og Haugen (2006: 302f) hevder at i samværet og kommunikasjon med mennesker med demens så er det som oftest personalet som må gi mest. Hvis vi ikke kjenner personens bakgrunn, kan det være vanskelig å holde en samtale i gang og forstå hva den

gamle mener og ønsker. Derfor er det viktig å snakke med pårørende for å få vite mest mulig om den demente. Noen sykehjem har utviklet et pasientopplysningsskjema som fylles ut i samarbeid med pårørende. Dette skjemaet kan benyttes i daglig kontakt med mennesker med demens. Man kan også lage et album med blide og tekst, for at mennesker med demens kanskje kan huske bedre og for at vi kan ha noe å samtale om ("Min historie").

Mork Rokstad og Lislerud Smebye (2008: 93) skriver det er viktig for mennesker med demens å kommunisere med andre, og det er ingenting som tyder på at det blir mindre selv om man har demens. Dette behovet ligger dypt i oss mennesker. Videre sier forfatterne at mange definisjoner av livskvalitet regner kommunikasjon som avgjørende for et godt liv. Samspill og kommunikasjon, tilhøre noen, det å være sammen med noen, føle seg respektert og stimulert oppgir mennesker med demens som viktig når de blir spurt.

Kan det være slik som teorien sier at musikk, rytme, dans, aktiviteter, kommunikasjon, kjenne personen og ha album med "Min historie" vil bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?

### **4.3 Livskvalitet**

Livskvalitet er som vi ser her et litt uklart begrep, som mange snakker om, er opptatt av og at ulike tilnærminger gir ulikt innhold i begrepet. Jeg tar for meg ulike definisjoner av dette begrepet og sier noe om hva jeg legger i begrepet livskvalitet i denne oppaven.

I følge Jarle Eknes (2000: 447) er livskvalitet et overordnet begrep som handler om forskjellige sider ved det å leve. Noen ganger er det nyttig å trekke inn objektive forhold som helse, sivilstatus og levestandard. Livskvalitet handler også om vår subjektive opplevelse, hvordan vi tenker og føler at vi har det. Videre sier forfatteren at livskvalitet ikke er et entydig begrep, og at det er stor frihet i det man velger å legge i begrepet.

Ole Petter Askheim (2003: 72) sier at begrepet livskvalitet er et vagt begrep, som mange snakker om men vet ikke helt hva er. Ulike tilnærminger gir begrepet ulikt innhold. Fordi begrepet har med å gjøre med den enkeltes subjektive opplevelse av hva som er godt. Det er stor enighet om at visse objektive faktorer påvirker den enkeltes livskvalitet, som

levekår, materielle forhold, helse, utdanning og sysselsetting. Med levekår menes ytre tegn på hvor godt vi har det som bolig, arbeid, inntekt, sosial kontakt, fritidsmuligheter og aktiviteter. Forfatteren sier også at det som er avgjørende for våre oppfatninger av livskvaliteten, er at mennesket er aktivt, har gode mellommenneskelige relasjoner, har et positivt selvbilde og har en grunnstemning av glede.

Witsø og Teksum (1998: 30) har i sin bok "Målrettet miljøarbeid med aldersdemente", en definisjon av livskvalitet gjort av Solum:

- Livskvalitet kan forstås som tilpassing til sosialt verdsatte livsformer.
- Livskvalitet kan forstås som en subjektiv verdsatt livsform.
- Livskvalitet kan forstås som helse i vid forstand.

Livskvalitetsdimensjoner:

- Deltakelse i sosialt liv
- Anerkjennelse og verdsetting
- Kunnskaper og ferdigheter
- Frihet og selvstendighet

I følge Eknes (2000: 447) har Verdens helseorganisasjon (WHO) definert livskvalitet som *"personens oppfatning av sin egen posisjon i livet, i lys av aktuell kultur og verdssystemer og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av"*. Denne definisjonen vektlegger personens tenkning og utelater følelsesmessige aspekter, sier forfatteren.

Eknes (2000: 448) har også med en definisjon av begrepet livskvalitet av Mastekaasas, Moums, Ness og Sørensen: *"Enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelse"*.

I drøftingen av livskvalitet vil jeg legge vekt på Mastekaasas, Moums, Ness og Sørensen sin definisjon av livskvalitet, som sier noe om individets følelsesmessige opplevelse samt Solums definisjon av livskvalitet om anerkjennelse og verdsetting. Dette vil ligge til grunn for hva jeg legger i begrepet livskvalitet i denne oppgaven. Det jeg legger i begrepet

livskvalitet blir da i denne sammenheng hvordan demente kan få følelsen av å ha en bedre hverdag.

Kan det være slik som teorien sier at enkeltindividets følelsesmessige opplevelse av hvordan man blir behandlet, har betydning for livskvaliteten til mennesker med demens? Kan anerkjennelse og det å bli møtt med verdighet bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens? Er det slik som teorien sier at hvis jeg respekterer, tar mennesker med demens på alvor og de blir behandlet på lik linje med andre, vil det gi en følelse av at hverdagen blir god og bidra til at livskvaliteten kan økes?

#### **4.4 Ledelse**

Jeg vil her se på om ledelse kan ha betydning for livskvaliteten til mennesker med demens. Jeg tenker at det er viktig hvordan lederen ved en avdeling "lærer opp" sine ansatte. Jeg tror det har stor betydning for hvordan miljøet blir og hvordan menneskene som er der blir behandlet ved avdelingen. Det jeg legger i begrepet ledelse er hva som er viktig for at mennesker med demens skal oppnå økt livskvalitet gjennom en ledelse som ser, hører, tar på alvor, snakker med og om menneskene med respekt. Jeg tror ledere har stor påvirkning og gjennomslagskraft til å bestemme hvordan de vil lede avdelingen, gjennom sine ansatte.

Tor Høst (2009: 9) sier i boka "Ledelse" at kjernen i ulike definisjoner av ledelse handler om å skape orden og retning, struktur og strategi. Det handler også om å få noen til å gjøre noe, det vil si påvirke andre.

Jan Spurkeland (2009: 13) sier at ledelse er å skape målsatte resultater sammen med andre mennesker.

Tor Høst (2009: 18) skriver om oppgaveorientert atferd, mat det har å gjøre med oppgaveutførelsen. Med det mener forfatteren å benytte personalet og ressurser effektivt, opprettholde stabile og pålitelige operasjoner, øke produktiviteten og kvaliteten. Det inkluderer også klargjøring av roller, å organisere og planlegge, og overvåke operasjonene. Denne lederstilen fokuserer på oppgaver og mål. Hovedmålet til den oppgaveorienterte atferden er å gjøre virksomheten mest mulig effektiv sier Høst. Denne lederstilen kan være

bra fordi lederen er fokusert på og får utrettet oppgaver og mål. Samtidig kan leder også være opptatt av å behandle mennesker med demens med respekt og på en verdig måte.

I forhold til Arbeidsmiljøloven § 4-2. *Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling* (Grammeltvedt, 2010:134), så sier den at arbeidstaker skal gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, arbeidstakers mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar. Det stilles også krav til det psykososiale arbeidsmiljøet, (§ 4-3) som sier noe om at arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.

Om relasjonsorientert lederstil skriver Høst (2009: 18) om relasjonsorientert atferd og det går ut på å forbedre relasjoner og hjelpe folk. Med dette mener forfatteren å fremme samarbeid og teamarbeid. Jobbe for at underordnede blir mer tilfreds med jobben sin og bedre graden av identifikasjon med organisasjonen. Det inkluderer også støtte og utvikle de ansatte, gi anerkjennelse, håndtere og konsultere ved konflikter. Hovedmålet til den relasjonsorienterte atferden er å skape tillit til og mellom medarbeidere sier Høst.

Jan Spurkeland (2009: 38) mener at det skal både talent og trening til for å beherske relasjonsledelse. Videre sier forfatteren at relasjonsledelse er en menneskeorientert lederstil som fokuserer på behov for anerkjennelse, individets behov for utvikling og selvrealisering og behov for sosiale relasjoner. Relasjonsteoretikere fastholder at samarbeid og teambygging er viktig for å bli produktiv. Kommunikasjon og dialog er viktige ferdigheter ved relasjonsorientert ledelse. I følge forfatteren tar relasjonsledelse utgangspunkt i et positivt menneskesyn som sier at de ansatte vil bidra og gjøre sitt beste for å nå bedriftens mål. De viktigste ressursene bedriften har er menneskene, og de blir motivert til å utvikle og bruke sin kompetanse. En grunnleggende respekt for andre mennesker ligger i bunnen for menneskesynet. Ingen blir mer verdt i kraft av sin stilling eller status, men bare i kraft av sin personlige påvirkning og innsats. Innen relasjonsledelse tror man på at mennesket lærer og vil utvikle seg og endre atferd. (Spurkeland, 2009: 41).

Jan Spurkeland (2009: 45f) skriver om relasjonelt mot i sin bok "Relasjonsledelse". Forfatteren skriver at mot i denne forbindelse går ut på å ha evne og vilje til å møte mennesker ansikt til ansikt, å snakke med den/de det gjelder. Dette kalles relasjonelt mot og går på ren psykisk styrke og vilje til å møte andre mennesker når dette er ubehagelig.

Det krever å ha en bevissthet om hva som er vanskelig i møte mellom mennesker, og det krever evne og vilje til å ta kontakt. Man må ha mot til å møte andre i åpen dialog, der man står klart fram også med egne svakheter. For dette kreves mot til å si at man ikke kan alt, og at man er avhengige av hverandre. Man må ha mot til å konfrontere urettferdighet og korrigere sine kollegaer like mye som sin leder. Denne tilbakemeldingen bør gis begge veier.

Teorien opererer med ulike lederstiler, oppgaveorientert lederstil og relasjonsorientert lederstil. Er den ene bedre enn den andre, eller kommer det ikke an på det? Er det slik at man gjennom ledelse kan bidra til at mennesker med demens får økt livskvalitet? Er det personavhengig, kommer an på hvilken kunnskap leder har om mennesker med demens eller hva prioriterer lederen? Teorien sier også noe om relasjonelt mot. Hvordan kan det bidra for å øke livskvaliteten til mennesker med demens? Kan det være slik at hvis leder oppdager at de demente ikke blir tatt på alvor, respektert, sett og hørt så må leder snakke med den/de dette gjelder, nettopp for å bidra til at livskvaliteten økes?

#### **4.5 Holdninger/Etikk**

Med holdninger mener jeg moral, normer og etikk. Hva er rett, galt, godt og ikke godt? Hvordan vi bør/skal være mot andre mennesker. Jeg tror det er viktig å tenke igjennom, om jeg ville likt å bli snakket til/behandlet slik og slik. Holdninger inneholder tanker, følelser og hva jeg faktisk gjør. Og disse er viktige i forhold til hvordan jeg behandler mennesker med demens, for at denne gruppen skal få en god livskvalitet.

Hva er så etikk? Lars Gunnar Lingås (2005: 22-23) hevder at begrepet etikk stammer fra det greske ordet for vane, nemlig ethos. Ethice betyr det som er vanlig. Moralis kommer av det latinske ordet for vane, mos. Dette er opprinnelsen til ordet moral. Sed og skikk er opprinnelsen til etikk og moral. Videre sier forfatteren at etikken er moralens teori og det vil si at etikken handler om å reflektere over og avveie et valg på en bevisst måte med hjelp av teori, mens med moralen benyttes ”magefølelsen”. Lingås sier videre at i gjennomtenkning (refleksjon) av hva som er rett og galt gjelder pliktetikk, sinnelagsetikk, formålsetikk og konsekvensetikk.

Mork Rokstad og Lislrud Smebye (2008: 80) sier at nærhetsetikk legger vekt på den nære relasjonen som utgangspunkt for etisk handling. Den fokuserer på evnen og viljen til å møte hvert menneske ansikt til ansikt og la dette møtet være forpliktelsen og forutsetningen for etiske valg som tas. Videre sier forfatterne at omsorgsetikk bygger på samme forutsetning som nærhetsetikk og vektlegger at det er viktig at vi som pleiere har vår oppmerksomhet rettet mot pasientens behov, slik at de til enhver tid kommer til uttrykk. Vi har en forpliktelse til en personlig motivasjon for å engasjere oss. Kompetanse til å utøve omsorg og at vi har en positiv innstilling til å møte mennesker med demens med empati. Forfatterne sier også at vi som helsepersonell helt og holdent er ansvarlige for, og alene om, de handlingene som velges, og måten de gjennomføres på.

For meg så handler etikk om å velge mellom det som er riktig og galt, eller godt og vondt. Jeg legger i begrepene holdninger/etikk i denne sammenheng at det er viktig å tenke igjennom og handle ut ifra hvordan ville jeg ha blitt behandlet. Tror det er viktig å være mot andre slik jeg vil de skal være mot meg. Jeg tror det kan være en måte å bidra til at mennesker med demens kan oppnå større livskvalitet.

Witsø og Teksum (1998: 153) sier i boken ”Målrettet miljøarbeid med aldersdemente” at dannelsen av holdninger og holdninger er et område innenfor sosialpsykologiens rammer.

En holdning kan anses som en relativ varig organisering av tanker, følelser og handlinger omkring eller i forhold til et fenomen, en institusjon, en gruppe eller lignende. En holdning kan således sies å bestå av tre komponenter:

- en tankekomponent
- en følelseskomponent
- en atferdstendens eller en tilbøyelighet til å handle på en bestemt måte ovenfor et fenomen (Witsø og Teksum 1998: 153).

Forfatterne sier videre at holdninger til aldersdemente kan ut fra denne forståelsen av holdningsbegrepet gi forskjellige utslag. Forståelse av, kunnskap om og hvordan vi tenker i forhold til sykdomsbildet og sykdomsforløpet kan stå for tankekomponenten. Noen ganger kan en holdning være preget av følelser, ved at vi synes synd på eller misliker den aldersdemente. Hukommelses- eller atferdsproblemer kan gjøre at pleier får følelser som



irritasjon, sinne, eller utålmodighet som illustrer følelseskomponenten. Hva vi gjør og sier i forhold til den demente, kan uttrykke atferdskomponenten i en holdning.

På forskjellig vis skjer det holdningsdannelser. Oppdragelsen man fikk i familien har stor påvirkningskraft i forhold til holdningene vi utvikler. Formen og innholdet i oppdragelsen har mye å si for hvorvidt holdninger blir direkte overført eller bygges på egne erfaringer. Våre holdninger skapes og endres gjennom hele livet. Ofte gjennom sterke eller rystende personlige opplevelse og erfaringer, gjennom ny kunnskap, egenutviklingsarbeid, gruppedlemskap, gruppeprosesser eller tilknytting og tilpassing til nye grupper. Videre sier Witsø og Teksum (1998: 154) at det kan være vanskelig å endre menneskets eller en gruppes holdning.

Witsø og Teksum sier at en holdning består av tre komponenter, tanke, følelse og hva vi gjør/sier. Hva vi som pleiere legger i disse tre komponentene har stor betydning for hvordan vi bidrar til å øke livskvaliteten for mennesker med demens, tror jeg. Hvis jeg ikke forstår mennesker med demens, ikke har kunnskap, misliker, blir irritert, så vil dette kanskje gi seg utslag i hva jeg sier og gjør. Hvis min holdning er slik, så tror jeg ikke det vil bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens. Mens hvis jeg forstår, har kunnskap, liker og respekterer mennesker med demens, så vil dette også gi seg utslag i hvordan jeg behandler dem. Dette vil igjen kanskje føre til økt livskvalitet. Teorien sier også at gjennom erfaringer, ny kunnskap, kurs, diskusjoner og refleksjoner vil våre holdninger endres. For at jeg som vernepleier kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens, er det da viktig med refleksjoner, diskusjoner og ny kunnskap på avdelingen.

#### ***4.6 Kunnskap/Faglighet***

Jeg tror kunnskap også er viktig i forhold til om jeg som venepleser kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens. Jeg beskriver her ulike former for kunnskap.

I følge Einar Aadland (2004: 69) har kunnskap mange ansikter. For å vite at noe er sant benytter vi oss av mange kilder og autoriteter for å bli overbevist.

Kunnskap kan ytre seg som påstandskunnskap om en objektiv virkelighet ”der ute”, subjektiv kunnskap om hva jeg selv ser som vesentlig, fortrolighetskunnskap som viser seg gjennom ordløse ferdigheter, og som moralsk, estetisk og religiøs kunnskap (Aadland, 2004: 95).

Når vi skal arbeide med mennesker med demens er det viktig at vi innehar kunnskap om sykdommen og sykdomsforløpet. Dette for at vi som pleiere bedre skal forstå hvordan mennesker med demens har det, hvorfor de er som de er og hvorfor de reagerer som de gjør.

I boken ”Personer med demens” av Mork Rokstad og Lislrud Smebye (2008: 15f) sier forfatterne at i demensomsorgen er det et kvalitetskrav at praksis er kunnskapsbasert. De siterer fra Sosial- og helsedirektoratet 2005 som peker på at faglige avveininger og beslutninger skal bygge på pålitelig, relevant og oppdatert kunnskap. Om kunnskap står det:

”Kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon, i kollegiale fellesskap og i samsillet med brukerne, pasientene og deres pårørende” (Mork Rokstad og Lislrud Smebye, 2008: 16).

Videre sier forfatterne at kunnskapsbasert praksis bygger på praksis fra forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning.

Peter F. Hjort (2010: 111) sier i boken ”Alderdom” at det finnes to former for kunnskap:

- Faktisk kunnskap: kan skrives, undervises, leses og læres. Den unge lærer ved å studere, trenger dyktige lærere og testes ved eksamen.
- Taus kunnskap: fornemmes, sees, anes og føles. Den unge lærer ved å være lærling hos en mester, trenger gode rollemodeller og prøves i praksis.

Intuisjon eller taus kunnskap og erfaring ervervet i praksis under veiledning av gode rollemodeller er viktig for helsepersonell sier forfatteren.

Teorien sier at kunnskap er viktig og at finnes flere former for kunnskap. Kunnskap er viktig for at behandlingstilbudet skal bli best mulig. Vil vernepleierens kunnskap bidra til at livskvaliteten økes for mennesker med demens? Teorien sier noe om faktisk kunnskap

og taus kunnskap. Kan disse to former for kunnskap bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens? Eller har det ingen betydning?

#### **4.7 Makt**

Makt er et begrep som er relevant innen helsesektoren. Brodtkorb m. fl. (2001:92) sier at det er i hverdagssituasjonene vi utøver makt ovenfor mange av pasientene/klientene, og at det er i hverdagssituasjonene vi lettest kan bruke makt på en ubetenksom og krenkende måte. Innenfor helse- og sosialsektoren er det mulighetene til å nekte å innfri brukernes/pasientens eller mennesker med demens sine ønsker, et sentralt kjennetegn ved personalets makt. Mange har fortalt at de har følt seg krenket når de kjenner seg ignorert, avfeid og bagatellisert av pleiere, sier Bunkholt m.fl. (2001: 93).

Elisabeth Brodtkorb m.fl. (2001: 90) har en definisjon på makt av Max Weber i sin bok, hvor Weber definerer makt som ” et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand”. Her er det lett å tenke at noen har ”makt over noen andre”. I en hjelperelasjon kan maktforholdet bli skjeft. Ofte er det den som er hjelper som ”bestemmer” over den demente eller hjelpetrengende. Det er viktig å utjevne dette forholdet. Brodtkorb m.fl. (2001: 147) sier at profesjonelle må bli bevisst på hvordan egen handlemåte kan bidra til å undertrykke dem man skal hjelpe

Brodtkorb m.fl. (2001: 92) skiller mellom at makt kan være uformell eller formell. Den uformelle makten er ikke nedskrevet og regulert i form av lover, og den følger ikke alltid den formelle maktordningen. Den formelle makten er den som er offentlig nedskrevet i form av lover og formelle posisjoner man besitter. Begge disse maktformene vil være tilstede ved en dementavdeling. Videre sier forfatterne at et tradisjonelt kjennetegn ved klientrollen eller pasientrollen er at de er nederst i hierarkiet med minst innflytelse og makt i forhold til pleierne. Det vil si at maktfordelingen er skeivt fordelt, og noen har mer makt enn andre. Kunnskap er makt sier Brodtkorb m.fl. (2001: 113) og leder dette til profesjonsmakt. De ulike profesjonene har ekspertkunnskap og kunnskapsmonopol som er viktig i samfunnet. Dette gir profesjonene stor makt når det gjelder å forvalte viktige verdier og normer i vårt samfunn, også når det gjelder å bestemme hva som er unormalt og normalt, usundt eller sunt galt eller rett, skriver forfatterne.

Solfrid Vatne (1998: 7) skriver i sin bok "Pasienten først?" at makt kan misbrukes som ved maktutøvelse, og maktovergrep krenker menneskeverdet. Forfatteren forteller videre om at mennesker med lidelser preget av svakt selvbilde, kan bli utsatt for et system som i mindre grad styrker selvbildet.

Brodtkorb m.fl. sier at maktfordelingen er skeivt fordelt mellom pleier og pasient, det vil si at pleier har mer makt enn pasienten. Forfatterne sier også at det er viktig å utjevne dette forholdet fordi dette kan bidra til å undertrykke dem man skal hjelpe. For å bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens er det viktig at vi som pleiere lar de få bestemme mest mulig selv. Vatne sier at ved å utøve makt ovenfor mennesker preget av svakt selvbilde (som mennesker med demens kan ha), så vil det kanskje ikke styrke deres selvbilde. Når selvbildet ikke styrkes så bidrar kanskje ikke det til økt livskvalitet heller? Vil det da si at hvis vi som pleiere gir slipp på dette maktforholdet så vil det bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?

## **5.0 DRØFTING**

### ***5.1 Innledning***

Teorien sier med dette kanskje noe om hvordan jeg som vernepleier kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens. Jeg har satt søkelyset på demens, livskvalitet, aktiviteter, kommunikasjon, ledelse, holdninger/etikk, kunnskap/faglighet og makt. Det å kunne bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens er viktig for de demente og for meg. Det er viktig at jeg ser mennesket bak denne sykdommen og tar på alvor livene de har levd. Jeg vil drøfte/diskutere de framlagte teorier ut i fra min problemstilling:

*"På hvilken måte kan vernepleier bidra, til økt livskvalitet for mennesker med demens på sykehjem?"*

Jeg har valgt å drøfte underproblemstillingene først.

*Hva betyr livskvalitet for mennesker med demens?*

*Hvordan kan man gjennom ledelse bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med demens?*

*Hvordan kan mine holdninger øke livskvaliteten til mennesker med demens?*

*Hvordan kan kunnskap bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?*

*Har vi som hjelpere for stor makt ovenfor mennesker med demens?*

Hovedproblemstillingen blir drøftet til slutt.

## **5.2 Livskvalitet**

### **Hva betyr livskvalitet for mennesker med demens?**

Som vi ser av teorien så er det vanskelig å vite hva som er god livskvalitet for hvert enkelt menneske. Derfor er det vanskelig å definere hva som er god livskvalitet for andre.

Teorien og jeg kan ikke eksakt vite hva som er god livskvalitet for den enkelte. Det grunnleggende mener jeg må være at mennesker med demens behandles med respekt og verdighet som et likeverdig menneske. Jeg tror det er viktig at vi som pleiere prøver å sette oss inn i situasjonen til mennesker med demens og stille spørsmålet, hvordan vil jeg at jeg skal ha blitt behandlet i denne situasjonen?

Teorien sier at enkeltindividets bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelse av hvordan man blir behandlet, bidrar til økt livskvalitet. Teorien sier også at anerkjennelse og det å bli møtt med verdighet bidrar til økt livskvalitet.

Jeg tror livskvalitet betyr det samme for mennesker med demens som det gjør for folk flest. Vi vil alle bli tatt på alvor og bli respektert, mennesker med demens er intet unntak. Hvis mennesker med demens blir tatt på alvor og respektert så tror jeg at han vil trives bedre og føle at han har det bra.

I institusjon kan livet for mennesker med demens lett bli preget av passivitet. Aktivisering og mestring mener jeg vil bidra positivt til livskvalitet. Engedal og Haugen (2006) sier også at mennesker med demens har utbytte av å delta i aktiviteter og at erfaringene har vært bedring i forhold til sosial fungering, uro og trivsel. Solheim (2009) sier at aktivitet er

koblet til musikk kan være med på å trene opp og vedlikeholde kroppslige og mentale funksjoner, som kan skape sosial kontakt og dette igjen kan øke livskvaliteten.

Aktivisering kan være så enkelt som dagligdagse ting som å dekke bordet eller være med på å kaste søppel. I en travel hverdag så er det lett at vi som pleiere gjør tjenester for mennesker med demens, som de kanskje egentlig kan greie selv. Vi skylder kanskje på at vi ikke har tid til å la dem gjøre det selv. Dette vil kanskje være pasifiserende for mennesker med demens og etter min mening redusere livskvalitet til den enkelte.

Hvis mennesker med demens ikke blir møtt med respekt, anerkjennelse, verdighet og en positiv opplevelse av hvordan han blir behandlet, så tror jeg det kan gi utfordrende adferd, passivitet og likegyldighet. Mennesker med demens kan ha vansker med å forklare og gi uttrykk verbalt for hva de mener og kanskje bli urolig og føle seg enda mer forvirret. Dersom det i en travel institusjonshverdag blir slik at det er dine behov som pleier som setter kvaliteten på hverdagen til mennesker med demens, mener jeg at det kan være ødeleggende for den dementes opplevelse av livskvalitet. En slik hverdag vil være undergravende for respekt, anerkjennelse og verdighet slik teorien sier.

### ***5.3 Ledelse og livskvalitet***

#### **Hvordan kan man gjennom ledelse bidra til å øke livskvaliteten for mennesker med demens?**

Teorien sier at oppgaveorientert lederstil fokuserer på oppgaver og mål og hovedmålet er å gjøre virksomheten mest mulig effektiv. Lederen er opptatt av de resultatene virksomheten skal skape, enten det er kvantiteten eller kvaliteten på de varene eller tjenestene som organisasjonen produserer eller yter, sier Høst (2009:18). Vil en slik lederstil bidra til å øke livskvaliteten hos de demente? De ansatte blir sikkert effektive og får gjort det de skal og utført sine oppgaver. Jeg vil tro at de kanskje har en travel hverdag. Kan det være slik at pleierne ikke får tid til å snakke med og se de demente? De gjør bare de må, som for eksempel å holde orden og vaske fordi de ikke har tid til å sette seg ned for å prate og lignende? På den andre siden kan det også være slik at man med en slik lederstil får utført alle sine oppgaver, pluss at pleierne har tid til å ta seg av de demente på en god måte.

Teorien sier at relasjonell lederstil går ut på å forbedre relasjoner og hjelpe folk. Dette vil fremme samarbeid og teamarbeid, mener Høst (2009:18). Videre sier forfatteren at det er viktig å arbeide for at underordnede blir mer tilfreds med jobben sin, bedre graden av identifikasjon med organisasjonen, støtte og utvikle ansatte, gi anerkjennelse, skape tillit til og mellom medarbeiderne. Samarbeid og teamutvikling er viktig for å bli produktiv. Vil denne lederstiler bidra til å øke livskvaliteten til demente? Det blir lagt vekt på kommunikasjon og dialog mellom partene. Man antar at personalet er mer fornøyd i jobben sin, fordi personalet får utvikle seg, samarbeider godt, får være med på å bestemme, har god kommunikasjon og dialog, blir hørt og sett og er likeverdig med lederen. Dette kan kanskje påvirke arbeidsmiljøet som igjen kommer de demente til gode.

På den andre siden kan kanskje en slik lederstil gjøre at man ikke får utført sine oppgaver gjennom dagen. Det blir kanskje for mye diskusjon og for mange skal bestemme, slik at det bare blir rot og man får ikke gjort det som var hensikten.

Det har kanskje også en innvirkning hvordan lederen er, hva synes leder er viktig, hva fokuseres det på, mennesket med demens, ressursene eller personalet. Det kan også være at lederen blir presset fra sin sjef, for å holde budsjettet innen for satte rammer. Hvis lederen blir det, kan det være vanskelig å gjennomføre det som leder mener bidrar til å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Det kan være at det beste er en blanding av disse lederstilene for at mennesker med demens oppnår en økt livskvalitet.

## ***5.4 Holdninger og livskvalitet***

### **Hvordan kan mine holdninger øke livskvaliteten til mennesker med demens?**

Witsø og Teksum (1998) sier at holdningsdannelser skjer på forskjellig vis og våre holdninger skapes og endres gjennom hele livet. Det jeg lærte i min oppvekst som for eksempel hvordan jeg snakker til og er til andre mennesker, vil kanskje ha betydning for hvordan jeg behandler andre mennesker. Jeg tror det er viktig å behandle mennesker med demens akkurat slik som jeg ville blitt behandlet. Vi er alle mennesker og det er viktig å behandle alle med respekt, anerkjennelse og likeverd, enten man er Jørgen Hattemaker eller Kong Salomon. Mitt syn på mennesker med demens har kanskje innvirkning på mine holdninger ovenfor dem. Hvis jeg ser, tar mennesket med demens på alvor, setter meg ned,

snakker med, bryr meg om og respekterer dem på lik linje med andre mennesker så tror jeg at det kan bidra til å øke livskvaliteten.

Hvis jeg ikke lærte noe om hvordan jeg skulle være mot andre i min barndom og videre oppover i gjennom livet, så vil jeg kanskje behandle mennesker med demens på en annen måte. Hvis jeg bare utfører min jobb og ikke setter meg ned og snakker og bryr meg om dem, så tror jeg ikke at det fører til økt livskvalitet. Noen sier at mennesker med demens er ”søte” og andre sier at de bare maser. Vi har alle forskjellig oppfatninger og det kommer kanskje av at vi også har forskjellig erfaring. Disse to pleierne ville sikkert ha forskjellig holdning til mennesker med demens. Den som sier at de er ”søte” vil kanskje behandle mennesker med demens på en annen måte enn den som sier at de bare maser.

Witsø og Teksum sier at holdninger skapes og endres gjennom hele livet, men at det er vanskelig å endre holdning. Jeg tror våre holdninger kan endres ved at vi tar utdanning, gjennomfører diverse kurs, diskuterer etikk og moral og gjennom ledelse. Dette vil igjen bidra til at mennesker med demens vil få økt livskvalitet, tror jeg.

## ***5.5 Kunnskap og livskvalitet***

### **Hvordan kan kunnskap bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?**

Mork Rokstad og Lislrud Smebye (2008) sier at kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og erfaring som pleier får gjennom veiledning, refleksjon, i fellesskap med andre pleiere og i samspill med de demente og deres pårørende. Har det noen betydning om man er utdannet eller ikke, for at de demente kan få økt livskvalitet? Dette er det vel delte meninger om, noen sier ja og andre sier nei. Det kommer an på personen og dens egenskaper hevder noen. Andre sier at man må ha faglighet/kunnskap for at livskvaliteten bedres. Så kommer også spørsmålet om hvor lett det å ansette pleiere som er fagutdannet. Mange av de som ikke har utdanning får tilbud om dette, fordi avdelingslederne ønsker at flest mulig har utdanning. Men greier man å øke livskvaliteten til de demente selv om pleierne blir utdannet? Er det der det ligger? Jeg opplevde også at pleier som var under utdanning rev og slet i ei gammel dame med demens, som ikke ville opp av senga. Pleier mente hun skulle opp, og sa til meg at jeg skulle hjelpe henne å dra henne opp. Jeg ville ikke, så vi får prøve å roe henne ned og prøve senere. Dette tok jeg opp med



praksisveileder og hun sa at de er så effektive de som kommer fra Thailand. De er vant til å gjøre det slik i hennes hjemland. Hva med å fortelle denne pleieren at slik gjør vi ikke i Norge? Hvorfor gjorde ikke veileder det?

Peter F. Hjort (2010) sier at det finnes to former for kunnskap, faktisk kunnskap og taus kunnskap. Faktisk kunnskap kan skrives, undervises, leses og læres som læres ved å studere. Denne kunnskap er viktig å ha og den gjør at det blir en viss kvalitet over hvordan man behandler andre mennesker. Taus kunnskap kan fornemmes, sees, anes og føles og man lærer via noen som kan og er gode rollemodeller i praksis. Hvis man da ikke har utdanning eller er under utdanning hvor viktig er det da at den som skal lære blir godt instruert og fortalt hvordan og hvorfor man gjør som man gjør?

Spurkeland (2009: 45f) skriver om relasjonelt mot som handler om å ha evne og vilje til å møte mennesker ansikt til ansikt det vil si å snakke med den /de det gjelder. Hvis leder ser/hører at noen enten med eller uten utdanning, ikke utfører sitt arbeid slik som leder ønsker, så er det viktig å ha relasjonelt mot og ta dette opp. Det kan gjøres ved diskusjon og refleksjon som vil føre til at man oppnår mer kunnskap. Ved å få god opplæring og økt kunnskap så vil nok det bidra til at mennesker med demens får økt livskvalitet.

## ***5.6 Makt og livskvalitet***

### **Har vi som hjelpere for stor makt ovenfor mennesker med demens?**

Brodtkorb m.fl. (2001) sier at et tradisjonelt kjennetegn ved pasientrollen er at de er nederst i hierarkiet med minst innflytelse og makt i forhold til pleierne. Er det slik at vi som pleiere bestemmer for mye ovenfor de demente? Ja, vil noen si mens andre sier nei. Noen mener sikkert at vi som pleiere må bestemme over de dement fordi de ikke greier dette selv. De er avhengige av at vi som pleiere bestemmer, for hvis ikke sitter de bare der og det blir ingenting gjort. De føler kanskje at de må bestemme for hvis ikke vil alt ta for lang tid. Det kan også være uvitenhet som gjør at vi som pleiere bestemmer og utøver makt overfor dem. Kanskje man ikke er bevisst og merker at man bestemmer?

Ved å bestemme ovenfor mennesker med demens overstyrer og umyndiggjør vi dem mener andre. Noen mener også at vi på en måte inntar foreldrerollen, og gjør slik som når

barna er små. Hvordan reager de demente på det? Har det noe å si eller har det ingen betydning? Ville du eller jeg likt det? Mennesker med demens er kanskje maktesløse og føyer seg etter det som blir bestemt av pleier. De der jo voksne mennesker, ser vi ikke det? Som pleiere synes vi kanskje det er vanskelig å gi slipp på denne ”makten” og ”kontrollen” vi har ovenfor de demente. Kanskje vi ikke tror at demente greier å bestemme selv. Jeg tror ikke at livskvaliteten øker til mennesker med demens ved at vi som pleiere utøver makt ved å bestemme over dem.

## ***5.6 Vernepleier og livskvalitet***

Hovedproblemstilling:

**På hvilken måte kan jeg som vernepleier øke livskvaliteten til eldre demente på sykehjem?**

De ulike teoriene sier om noe om demens, livskvalitet, aktiviteter, kommunikasjon, lederstil, holdninger, kunnskap og makt. Vil jeg ut i fra dette kunne bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens?

Ut i fra hva teorien sier om de forskjellige begrepene, så kan dette kan bidra til at livskvaliteten til mennesker med demens kan økes. Teorien sier at livskvalitet er et vidt begrep, og det kan være vanskelig å måle og si hva som er god livskvalitet. Vi opplever kanskje livskvalitet uti fra vår egen livsverden. Derfor kan det være vanskelig for meg og eksakt vite hva som er god livskvalitet for mennesker med demens. Grunnleggende er at mennesker med demens må bli behandlet med respekt og verdighet som et likeverdig menneske. Det er også viktig at vi ”ser” hele mennesket, ikke bare konsentrerer oss om noen deler.

Jeg tror at ved å tenke på hvordan ville jeg hatt det og blitt behandlet hvis det var meg som hadde denne sykdommen, da er det ikke så vanskelig å vite hva jeg ville lagt vekt på. Jeg ville deltatt på diverse aktiviteter så lenge som mulig, hørt på sang og musikk, snakket med andre mennesker, bli tatt på alvor og bli respektert for den jeg var. Det er ikke sikkert at alle mennesker med demens vil synes at dette er bra for dem. Noen vil kanskje være i fred og har ikke lyst til å delta på aktiviteter, det er det også viktig å være klar over. Jeg er også

klar over at det er mange andre ting som kan bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Dette er ikke eksakt sannhet.

Jeg er også klar over at fagfolkene kan oppleve dilemma i forhold til at det er for mye å gjøre i det daglige. De kan bli klemt i mellom det å skulle vaske og utføre forskjellige oppgaver til det å ta seg av, vise respekt og behandle mennesker med demens med verdighet.

## **6.0 AVSLUTTNING**

### ***6.1 Oppsummering***

I denne oppgaven har jeg skrevet noe om diagnosen demens, og hva det innebærer for mennesker som har denne sykdommen. Tanken med denne oppgaven er å få satt søkelys mot hva jeg som vernepleier kan bidra med for å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Livskvalitet er et stort og vidt begrep, og det er individuelt hva hver enkelt legger i begrepet. Jeg føler at livskvalitet er veldig mange ting som er viktig i livet, og at jeg i denne oppgaven fikk belyst noen viktige aspekter ved hva jeg mener er god livskvalitet. Jeg har satt fokus på om ulike lederstiler kan bidra til om livskvaliteten til mennesker med demens kan økes. Her har jeg skrevet om og drøftet om oppgaveorientert og relasjonsorientert lederstil. Videre har jeg sett på om mine holdninger kan bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Deretter har jeg sett på om kunnskap kan bidra til å øke livskvalitet. Til slutt har jeg drøfta om vi som hjelpere har for stor makt ovenfor mennesker med demens og om dette bidrar til å øke livskvaliteten.

### ***6.2 Konklusjon***

Gjennom arbeidet med denne oppgaven (teori, drøfting og bearbeiding) ser jeg at som vernepleier kan jeg bidra til å øke livskvalitet til mennesker med demens ved sykehjem. Da kommer vi inn på begrepet livskvalitet igjen, hva er det, hva legger andre mennesker i det? Teorien sier også at det er et vagt begrep og at ulike tilnærminger gir det ulikt innhold. Det finnes sikkert også mange andre ting som kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens, men i denne oppgaven fokuser jeg på dette.

Jeg har fått mer kunnskap om hvilken betydning ulike lederstiler kan ha, livskvalitet, demens, holdninger, kunnskap og makt, og om dette kan bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med demens. Ut i fra teorien så ser jeg at en relasjonsorientert lederstil kan gi økt livskvalitet til mennesker med demens. Dette fordi denne lederstilen bidrar til at de ansatte får være med på å bestemme og har noe å si. De blir sett og hørt og det tror jeg bidrar til at de trives bedre i jobben sin. Det igjen kan ha en positiv innvirkning på mennesker med demens. Jeg tror at når vi blir tatt med på råd og blir tatt på alvor, så gjør vi en bedre jobb og vi trives bedre. Det at vi trives bedre i jobben kan komme mennesker med demens til gode. Det kan også være at det beste er en blanding av disse lederstilene, for leder har også andre oppgaver han/hun må fokusere på. Det som er det viktigste er kanskje at lederen ser hele mennesket med demens, fokuserer på respekt, likeverd, livskvalitet, holdninger/etikk, kunnskap/faglighet og er bevisst sin makt. Jeg tror det er viktig å reflektere og diskutere med ansatte, fordi det kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med demens. Jeg har sett at mine holdninger er også viktig i denne sammenheng. Hvis jeg ikke har så ”gode” holdninger kan jeg lære gjennom kunnskap, kurs, utdanning, diskutere, refleksjon, lære av andre for å kanskje få et annet syn. For at demente skal få økt livskvalitet er det viktig å være bevisst min bruk av makt. Ut i fra dette må jeg som vernepleier være forsiktig med å bestemme for mye.

### **6.3 Refleksjon**

Hvorfor har dette temaet engasjert meg så mye? Hvorfor synes jeg det er så viktig at vi som pleiere fokuserer på dette med livskvalitet? Eller på måten vi behandler, snakker til og om andre mennesker? Hvorfor er dette viktig for meg? Er det fordi jeg synes det er uverdigg og respektløst å behandle andre mennesker slik som jeg fortalte om innledningsvis? Ja, det tror jeg. Jeg tenker mye på hva om dette var meg som ble behandlet på denne måten. Ville jeg likt å bli snakket slik til? Nei, det hadde jeg ikke likt. Derfor blir det viktig for meg at andre ikke blir behandlet slik heller.

Jeg er også opptatt av hvorfor det er slik. Har det med ledelsen å gjøre? Er det et ledelsesansvar? Hva med mine holdninger, har de betydning og er det mulig å endre disse hvis mine holdninger ikke bidrar til at mennesker med demens får økt livskvalitet? I forhold til kunnskap så tenker jeg at det blir mange flere eldre i fremtiden og hvordan blir rekrutteringen av helsepersonell som skal jobbe med mennesker med demens. Vil det bli

nok personell med kompetanse? Jeg tror også at det er viktig at vernepleieren bidrar med sin kompetanse i arbeid med mennesker med demens. Jeg tror det er på mange områder vernepleiere kan bidra for å gi økt livskvalitet til mennesker med demens på sykehjem.

Jeg har nå vært vernepleierstudent ved Høgskolen i Molde i tre år. Igjennom mine praksis perioder, har jeg erfart at på de ulike praksisplassene jeg var på så ble brukere, pasienter og deltakere ikke snakket til og om veldig fint. Hvorfor er det slik? Er det slik overalt? Eller har jeg vært ”uheldig”? Jeg lurer også på hvorfor ledere/avdelingsledere ikke tar tak i disse problemene. Er vi for redd hva andre kan si og mene om oss? Eller bryr vi oss ikke? Det var også pleiere med utdanning som ikke brydde seg om at det ble snakket slik til og om andre? Hvorfor sier ikke de noe? De var enige med meg når jeg tok opp ting. De var enige om at slik skulle det ikke være. Hvorfor sier de det? Hvis ikke jeg hadde tatt det opp hadde de sagt/gjort noe med det da? Har man på en måte glemt det man lærte på skolen? Blir vi mer avsløpt etter som årene går? Er det andre ting som vi fokuserer på og synes er viktigere? Glemmer vi eller er ikke virkeligheten slik vi lærer på skolen?

## LITTERATURLISTE

Aksheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.)(2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

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

Eknes, Jarle (red.) (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Forfatterne og Universitetsforlaget.

Gammeltvedt, Gorm Are (red.). *Helserett. Regelverk for pleie- og omsorgstjenesten 2010*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.

Hjort, Peter F.(2010). *Alderdom. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Høst, Tor (2009). *Ledelse. En helheltlig modell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Lingås, Lars Gunnar (2005). *Over andres dørstokk*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

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

Røkenes, Odd Harald og Per-Harald Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Solheim, Kirsti (2009). *Demensguide*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Spurkeland, Jan (2009). *Relasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Aadland, Einar (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.