



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan vernepleierens samarbeid med pårørende bidra til god livskvalitet for mennesker med demens?**

**How can Social educators collaborate with relatives, to provide good quality of life for people with dementia?**

Juliane Engeskar

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Molde, 08.06.2020



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja     nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja     nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Elisabeth Bergum

## 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: 07.06.2020

**Antall ord: 7395**

## **Forord**

Jeg håper denne oppgaven kan være med på å belyse viktigheten av å inkludere pårørende i samarbeidet med deres nære som er rammet av demens. Jeg håper det kan vise seg at samarbeid med bruker og pårørende kan gi et styrket tjenestetilbud til den bruker som rammes av demens.

Jeg vil takke min veileder Inger Elisabeth for støtte og oppmuntring til skriveprosessen. Jeg har funnet god motivasjon i veiledningen jeg har fått.







## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Problemstilling</b> .....	<b>3</b>
2.1	Avgrensning av problemstilling .....	3
<b>3.0</b>	<b>Definisjon av begreper</b> .....	<b>4</b>
3.1	Livskvalitet .....	4
3.2	Samarbeid .....	4
3.3	Vernepleieren .....	4
3.4	Pårørende .....	5
3.5	Demens .....	5
<b>4.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>6</b>
4.1	valg av metode .....	6
4.2	Validitet, reliabilitet og andre feilkilder .....	7
<b>5.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>8</b>
5.1	Livskvalitet .....	8
<b>6.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>17</b>
6.1	Hvordan ivareta interesseområder og aktiviteter .....	17
6.2	Samarbeid, roller og relasjoner .....	19
<b>7.0</b>	<b>Avslutning:</b> .....	<b>23</b>
7.1	Refleksjon .....	23
	<b>Referanser</b> .....	<b>24</b>

## 1.0 Innledning

I dag har vi i Norge 77.000 Mennesker med diagnosen demens og antallet vil trolig dobles frem mot 2040. Det er ikke bare eldre mennesker som får diagnosen demens men også yngre mennesker. Det er antatt at av alle som lever med demens er det 4000 som er under 65 år og over 350.000 er nær pårørende til en med demens (Nasjonalforeningen, 2019). Dette utgjør en stor del av befolkningen.

I helse og omsorgsdepartementet (2015) sin demensplan 2020 er selvbestemmelse, involvering og deltakelse, tilpasset tjenestetilbud og forebygging noen av de strategiske grepene og tiltakene som er utviklet i tett samarbeid med mennesker som selv har demens og deres pårørende.

Pasient og brukerrettighetsloven §1-1 (1999) har som formål å fremme tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse og omsorgstjenesten. Bestemmelsene i loven skal bidra til å fremme sosial trygghet, ivareta respekt for den enkeltes pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Demensplan 2020 forteller innledningsvis at erfaringskunnskapen som mennesker med demens og kognitiv svikt selv sitter med, er nødvendig for å finne de gode løsningene (Helse og omsorgsdepartementet 2015).

Helsepersonelloven §22 (1999) tar for seg samtykke til å gi informasjon. Og går videre inn på at helsepersonells taushetsplikt ikke skal være til hinder for den pasient opplysningen direkte gjelder. Pasient og brukerrettighetsloven §1-3 (1999) definerer det hvem som menes med pårørende. Vedkommende som føres som nærmeste pårørende er den som pasient eller bruker oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

I helse og omsorgstjenesteloven §3-6 (2011) plikter kommunene til å gi veiledning og opplæring. Videre i helse og omsorgstjenesteloven § 3-3 (2011) skal kommunene fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Helse og omsorgsdepartementets stortingsmelding nr.25 (2005-2006) om fremtidens omsorgsutfordringer, tar for seg blant annet langsiktige mål hvor det skal sikre brukere innflytelse av tjenestetilbud og at de skal ha en meningsfylt og aktiv tilværelse. Videre går

stortingsmeldingen inn på at tjenestene skal så langt som mulig utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov. Regjeringen vil stimulere til sterkere brukermedvirkning og tilrettelegge for en politisk som sikrer at alle brukere uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser.

I demensplan 2020 står det at mennesker som får demens diagnosen har vanskelig for å tale sin egen sak utover i sykdomsforløpet. For at personer med demens skal kunne utnytte sine ressurser lengst mulig og oppleve trygghet og mestring er det viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser, vaner og aktivitetsmønster. Dette må danne grunnlag for utforming av enkeltpersoners konkrete tjenestetilbud (Helse og omsorgsdepartementet 2015).

Et av symptomene med diagnosen Demens er hukommelsestap og kognitiv svikt (Ulstein 2012). Dette medfører at når en får diagnosen demens er det viktig at noen kan huske for bruker som er rammet av demens. Og fylle inn den informasjonen som bruker selv kan ha vansker med å huske. Her kan pårørende inkluderes som viktige ressurser og støttespillere.

På bakgrunn av dette vil denne oppgaven vil handle om hvordan vernepleierens samarbeid med pårørende og bruker kan bidra til god livskvalitet for bruker med demens diagnose.

## **2.0 Problemstilling**

Hvordan kan vernepleierens samarbeid med pårørende bidra til god livskvalitet for mennesker med demens?

### **2.1 Avgrensning av problemstilling**

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på mennesker med demensdiagnose som bor på institusjon som har samtykkekompetanse. Her er det helsepersonell som er ansvarlig i samarbeid med bruker, til å gi tilstrekkelig oppfølging, veiledning og tilby ett helhetlig tjenestetilbud.

## **3.0 Definisjon av begreper**

### **3.1 Livskvalitet**

Livskvalitet defineres av Næss (2011,16) som et psykologisk subjektivt fenomen. Å ha det godt vil si at opplevelsen av å ha det godt er det som gjelder. Det er personen selv som vet hva han eller hun opplever. Næss (2011,18) En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative. Slik begrepet defineres her har det å gjøre med enkeltpersonens psykiske velvære. Det vil si opplevelsen eller følelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede. Positive følelser er for eksempel: glede, kjærighet og engasjement.

### **3.2 Samarbeid**

Ødegård (2017) Skriver om kommunikasjon som limet i samarbeid. Kommunikasjon sies å være alt som skjer mellom mennesker. Den kan være verbal og non-verbal.

I den forbindelse bør vi uttrykke oss forståelig, empatisk, lytte til hverandre og kommunikasjonen være kongruent (Skau 2012).

Gjennom god kommunikasjon kan en bli kjent med hverandre, relasjoner vil dannes og en felles forståelse for samarbeidet kan bli skapt.

Denne felles forståelsen, at vi forstår hvordan andre tenker og opplever ting, er hva Røkenes og Hanssen (2004) kaller intersubjektivitet

### **3.3 Vernepleieren**

I rammeplan for vernepleierutdanningen av utdannings og forskningsdepartementet (2005) er formålet å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habilitering og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Etter endt studium skal studentene ha ferdigheter, kunnskaper og holdninger

som gir grunnlag for å yte tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker.

Yrkesutøvelsen skal videre sette brukermedvirkning i fokus

### **3.4 Pårørende**

Pasient og brukerrettighetsloven §1-3 (1999) definerer hvem som menes med pårørende. Vedkommende som føres som nærmeste pårørende er den som pasient eller bruker oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasient er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasient eller bruker. Likevel er rekkefølge spesifisert i lovteksten: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasient eller brukeren, Barn over 18 år, forelder, søsken over 18 år, eller andre som står pasient eller bruker nær.

### **3.5 Demens**

Ulstein (2012) Forklarer demens som en ervervet hjerneorganisk sykdom. Demens kjennetegnes som svekket mental kapasitet og fører til svikt i en rekke psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, språk, lære og tenkeevner noe som medfører til at evnen til å leve det selvstendige liv blir påvirket. Videre skriver Ulstein (2012) at demens er en sykdom som er kronisk og som oftest forverrer seg over tid. Dette vil jeg utdype mer under punkt.

## 4.0 Metode

En metode vil fortelle oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelse for valgte metode er at den vil gi relevante data og at den vil belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

### 4.1 valg av metode

Min oppgave er en litteraturstudie som er basert på kvalitative data.

Litteraturstudie innebærer å undersøke eksisterende informasjon om hva som allerede er skrevet om det problemområdet jeg vil undersøke (Dalland 2007). Videre beskriver Dalland (2007) den kvalitative metoden som en metode som i større grad tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle.

En svakhet med litteraturstudie er at jeg ikke kan kommunisere med berørte parter.

Fordelen er at ved å skrive litteraturstudie vil litteratur være tilgjengelig gjennom bibliotek eller nettkilder.

Min datainnsamling er relevant da jeg har teori som omhandler problemstillingen jeg går innpå. I forhold til forskning har jeg forholdt meg til forskning som er relevant for min problemstilling hvor jeg valgte en forskningsartikkel som heter: Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner, En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem fra 2015. denne passet min problemstilling og derfor ble denne relevant for meg. Jeg søkte i google Scholar og valgte denne artikkelen til min oppgave. Søkeordene jeg har brukt til litteratur i Oria igjennom høyskolen i Molde er: Pårørende til mennesker med demens, livskvalitet, kommunikasjon og samarbeid. Jeg har i tillegg gått igjennom gjeldende lovverk. Lovverket er oppdatert da jeg har brukt internett istedenfor bøker slik oppdateringer skjer etter hver som endringer forekommer. Jeg har brukt følgende lovverk: pasient og brukerrettighetsloven (1999), helsepersonelloven (1999) og helse og omsorgstjenesteloven (2011).

## 4.2 Validitet, reliabilitet og andre feilkilder

Jeg har begrenset søket mitt til litteratur etter år som ikke er eldre enn år 2000. Dette fordi litteraturen fornyer seg etterhvert. Men dette betyr ikke at litteratur trenger å være dårlig selv om den er eldre en år 2000. Det er fortsatt litteratur som ikke går ut på dato og som fortsatt kan være gyldig i dag og i årene fremover. Reliabiliteten i min oppgave går utpå at jeg har relevante søkeord og dermed får treff til min problemstilling.

Erfaringsmessig har jeg fått inntrykk av at mennesker med demens sine pårørende ikke blir tilstrekkelig inkludert. Jeg tror det kan være gunstig i å kunne inkludere pårørende til mennesker med demens i større grad. Dette med tanke på god kommunikasjon, godt samarbeid, tilstrekkelig informasjon for å unngå misforståelser og kunne hjelpe mennesker med demens til å huske og ivareta deres interesser. Ved å inkludere pårørende som har vært en stor del av brukers liv tror jeg at en kan få til ett styrket tjenestetilbud som kan bidra til økt livskvalitet for bruker.

Jeg har lest fagartikler, forskningsartikler, og publikasjoner som er utgitt av helse og omsorgsdepartementet. Når jeg tok mine valg i søkeord formet jeg oppgaven min. Om jeg hadde valgt andre søkeord hadde oppgaven kunne vist seg annerledes.

Demensplanen og lovverket jeg har brukt er den minste standard for hva som anses at det offentlige plikter og bidra med når det kommer til å yte helsehjelp og hvordan denne skal utføres eller gis. Det er mange ulike måter og organisere hjelpen som blir gitt på og dette vil variere fra de forskjellige kommunene. Rollen som pårørende kan oppleves ulikt i sitt møte med omsorgstjenesten da mennesker er ulike og kan oppleve ulike saker som problematiske eller greie.



## 5.0 Teori

### 5.1 Livskvalitet

Næss (2011,16) definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt. Dette er upresise ord men de gir en pekepinn på retningen en trekker i for å kunne videre gå inn på opplevelsen av høy livskvalitet. Her knyttes livskvalitetsbegrepet til enkeltindividet (Næss 2011).

I forhold til individfokuset på livskvalitet er det personen selv som vet hva han eller hun opplever. Når det skrives om å ha det godt så tenker vi på glede og velvære og ikke bare på fravær av lidelse. Å ha det godt innebærer mer enn å ikke ha det vondt (Næss 2011,16).

I definisjonen til Næss (2011) av livskvalitet omfattes det både kognitive og affektive opplevelser. Med kognitive opplevelser forstår vi opplevelser som inneholder vurderinger, tanker og oppfatninger. Er vi fornøyd med livet alt i alt? Er yrkes og familielivet bra? Det går innpå om vi mener vi får brukt evnene våre, om vi får oppnådd de målene vi har satt oss? Også om vi har tillit til at vi kommer til å nå disse målene. Når det kommer til affektive opplevelser forstår vi følelsesmessige tilstander. Er vi glade, engasjerte, snarere enn engstelige og nedstemte, er vi glad i noen og føler vi at noen er glad i oss? (Næss, 2011).

I Næss (2011) sin definisjon beskriver hun at om en har det svært dårlig i sammenheng med livskvalitet så vil det si å ha negative psykiske opplevelser, som for eksempel å være dypt deprimert eller ensom, plaget av angst eller skamfølelse. Å styrke innsatsen for psykisk helse blir da oppgave nummer en. Næss (2011) peker også videre på at livskvalitet forskningen gjør et poeng av at vi vil studere både negative og positive opplevelser da noen mener vi kan redusere ulykke selv om det ikke lar seg gjøre å skape lykke. Dette kan også være omvendt. Selv om vi ikke kan fjerne lidelse kan vi fremdeles tilføre glede. Stor glede og stor smerte utelukker ikke hverandre.

Næss (2011) refererer til Fowler og Christakis (2008) som ut ifra en amerikansk oppfølgingsstudie som går over 20 år har kommet frem til at menneskers lykke påvirkes særlig av de menneskene vi er knyttet til, som for eksempel ektefelle, naboer, søsken. Dette fordi de andres emosjonelle tilstand smitter ved fysisk nærhet.

Næss (2011) går videre innpå at smil, latter og annet kroppsspråk antas å produsere analoge positive følelser hos andre.

Indre motivasjon som det å være engasjert i interessante aktiviteter. Alle trenger og har behov for utfordringer og da gjelder det å finne den utfordringen som passer, dette i forhold til vanskelighetsgrad av utfordring og hvilken type utfordring som passer.

Næss (2011) skriver om mestring og kontroll og at om en har en kronisk sykdom så vil mestring være å lære å leve med den. Hun går innpå følelsesmessig og problemfokusert mestring som hun skiller mellom. Her vil den følelsesmessige mestringen rette seg mot å bevare selvrespekt og optimisme. Det kan være en realistisk gjennomtenkning av de positive aspektene som ikke berøres av sykdommen.

Henriksen og Vetlesen (2011) går innpå Immanuel Kant sin moralfilosofi som sier om følger om autonomien: Mennesket er ett selvlovgivende vesen og mennesket adlyder de etiske lover og prinsipper som det gir seg selv. Som det selv er opphav til i kraft av å være ett fornuftsvesen. Med autonomi som øverste verdi i etikken og selvhjelpenhet som ideal, skapes der grobunn for tanke om at mennesket er uavhengig av andre, Mer presist er tanken om individet, som erkjennes å komme til verden i sterk avhengighet av omsorg fra andre, gradvis kan vokse fra slik avhengighet. Uavhengig av andre mennesker som permanente understøttere i individets liv fremstår på denne kulturhistoriske bakgrunn som et forbilde, om ikke fra barndommen så for voksenlivets del. Det å være uavhengig anses som forutsetning for individets realisering av frihet.

Lauvås og Lauvås (2015) går innpå at Empowerment bygger i stor grad på de samme verdien som brukerperspektivet. Empowerment viser til ett verdsett hvor relasjon mellom hjelper/behandler og hjelpetrengende settes i fokus, en relasjon preget av at likeverdighet og involvering er i fokus. For å kunne involvere de som er i fare for å bli usynlige, de svake og syke er det stor enighet om at det er ønskelig å sikre brukernes ressurser kunnskap og kompetanse skal inngå som en viktig basis når en planlegger og utførerhelse og omsorgstjenester.

Skau (2012) skriver om relasjons kompetanse som noe som alle har på en eller annen måte som en del av den naturlige sosialiseringprosessen. Og at vi ikke hadde overlevd ellers. Men god relasjons kompetanse er ikke noe som kommer av seg selv (skau 2012)

Relasjon mellom vernepleier og bruker kan preges noe av at vi kan velge hvor vi kan sikte oss inn på i forhold til kvaliteten den skal inneholde. Men en kan ikke anta eller forutse om det er tilfellet at blir. En kan bare prøve å gjøre det som skal for å komme dit. Et meningsfylt møte oppleves ikke alltid som godt, ihvertfall ikke som bare godt. Det kan innebære at vi for eksempel konfronteres med sykdom eller uønsket informasjon, samtidig mener Skau (2012) at de erfaringer som oppleves som mest utfordrende er de som kan få størst verdi på sikt. Hun skriver videre at de fleste som arbeider med mennesker ønsker nok at møtene de har med brukere skal være betydningsfulle på en positiv måte, noe som kan være en rimelig ambisjon. Om yrkesutøveren gjør møtet til noe betydningsfullt både for seg selv og bruker kan dette muligens innfris. Om en ser på seg selv som menneske som fortsatt har mye igjen og lære og ikke som en ekspert eller spesialist som allerede vet det meste kan det være en måte å kunne oppnå dette på (Skau 2012)

Skau (2012) skriver videre at tillit mellom mennesker er i alle forhold en grunnleggende faktor. Tillit er ikke noe vi kan kreve eller forutsette men noe man må gjøre seg fortjent til. Når vi utøver vår profesjon skal relasjonene først og fremst tjene den andre og ikke oss selv. Empati og omsorg for andre, sammen med evne til å beskytte og ta vare på de svake er nyttige egenskaper ved oss som mennesker og samfunn og helt nødvendige i hjelpe og omsorgsrelatert arbeid (Skau 2012).

Skau (2012) går videre inn på kommunikasjon og samarbeid. Dagens profesjonsutøvere må kunne samarbeide med hverandre og med sine brukere og kommunikasjon er det viktigste redskapet i samarbeid og samtidig et viktig redskap i selvutvikling.

Lauvås og Lauvås (2015) går inn på bruker perspektivet som innebærer at alle representanter fra ulike profesjoner samarbeider med tanke på brukerens beste. Det nevnes også videre at fagfolk skal jobbe sammen «over hodet på brukeren» for at brukeren skal få det best mulig. En skal være obs på å umyndiggjøre eller snakke over hodet på bruker som det ikke skal samarbeides om men heller sammen med. Lauvås og Lauvås (2015) skriver videre at brukermidvirkningen er avhengig av holdningene bland de som møter bruker som aktører i helsetjenestene.

Sejerøe Szatkowski (2004) går inn på at vi alle oppfatter verden på hver vår måte. Vi danner hver for oss et eget bilde av både oss selv og verdenen som omgir oss. Når vi er sammen med et annet menneske sender vi ut et budskap helt automatisk. Uansett hva vi foretar oss blir disse budskapene tolket av dem vi er sammen med. Budskapet blir tolket ut ifra den andres verdensbilde. Videre skriver Sejerøe Szatkowski (2004) at kommunikasjon

er å gjøre budskapet eller meldingen om til felles eie slik at vi forstår det samme budskapet. Om kommunikasjonen foregår mellom to mennesker så er det begges ansvar å få kommunikasjonen til å lykkes.

Skau (2012) skriver at dagens profesjonsutøvere må kunne samarbeide med hverandre og med sine brukere og kommunikasjon er det viktigste redskapet i samarbeid og samtidig et viktig redskap i selvutvikling. Dette bekrefter Røkenes og Hansen (2012) når de skriver at i ett samarbeid er kommunikasjon nøkkelord. Videre skriver de at kommunikasjon sies å være alt som skjer mellom mennesker og er grunnleggende i arbeid med mennesker.

Lauvås og Lauvås (2015) går innpå at rolleavklaringer er viktig når det kommer til samarbeid, da vil en vite hva en kan forvente fra hverandre og dette vil skape tillit som kan bidra til ett godt samarbeid.

Lauvås og Lauvås (2015) skriver om at Brukerperspektivet i tverrfaglig samarbeid vil være å utvikle rammer for hvordan trekke inn og involvere brukerne i løsningen av deres problemer slik at brukeren er i sentrum. Noe av hensikten med tverrfaglig samarbeid er å utvikle felles forståelse for brukerens problem eller utfordringer og for de tiltak som skal settes i verk. Klare roller vil medføre klare forventninger som igjen vil gi trygghet og stabilitet

Solheim (2015) skriver at demenssykdommer ikke kan kureres og at det er progredierende tilstander. Ved utvikling av demenssykdom oppstår det skader i både hjernens ytre del som også kalles korteks (hjernebarken) og i mer dypere områder, subkorteks. Både kjennetegnene på kognitiv svikt og de psykologiske, atferdsmessige og motoriske symptomene vil synliggjøre noe om hvilke deler av hjernen som er rammet (Solheim 2015)

Solheim (2015) går videre innpå at begrepet demens blir brukt som en fellesbetegnelse på flere lidelser. I Norge følger vi WHO's diagnosesystem for sykdommer kalt ICD-10 (international Classification of Diseases and Related Health Problems). Ifølge dette systemet må følgende kriterier være oppfylt for å kunne stille demensdiagnose:

Kriterier for Demens ifølge ICD-10 er at en har svekket hukommelse spesielt for nyere data/informasjon. Videre er det svikt av andre kognitive funksjoner som for eksempel dømmekraft, planlegging, tenkning eller abstraksjon. Demens diagnosen deles inn i tre kategorier, Mild, Moderat og Alvorlig. Ved Mild type vil det virke inn på evnen til å klare

seg i dagliglivet. Ved Moderat kan en ikke klare seg uten hjelp fra andre. Ved alvorlig demens trengs kontinuerlig tilsyn og pleie.

Demensbegrepet brukes uansett alder mens begrepet alders demens brukes om eldre personer som utvikler sykdommen og er over 65 år. Demens kan også ramme yngre personer og pr i dag finnes det ingen kur for demens. En kan oppnå mye fremdeles ved å gå ut ifra ett miljøbehandlingsperspektiv slik at personen likevel kan oppleve god livskvalitet og mestring. Demens ved Alzheimers sykdom (AD) er den vanligste demensformen.

Sejerøe Szatkowski (2004,40) skriver om å ha kjennskap til den som er demensrammet. Å kjenne til livshistorien og nåværende situasjon er nødvendig for å kunne forstå den demensrammede. Om en ikke har denne kunnskapen om den demensrammede kan dette føre til at den demensrammede føler utrygghet, at en blir skeptisk, mistroisk og usikker. Videre skriver Sejerøe Szatkowski (2004,40) at å kjenne til den enkeltes livshistorie, livsbeger og livsbagasje er en forutsetning for å kunne starte et fruktbart samarbeid med en demensrammet person. Dette kjennskapet vil føre til at tillit kan oppstå. Om en klarer å oppnå tillit vil dette videre føre til trygghet. Sejerøe Szatkowski (2004,40) går innpå at dette er en forutsetning for en kvalifisert kommunikasjon.

Brukermedvirkning lovfestes i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1. Her står det at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Videre skal tjenestetilbud så langt som mulig utformes i samarbeide med bruker eller pasient. Det skal legges stor vekt på hva bruker mener ved utforming av tjenestetilbud.

Eide og Eide (2012) definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Eide og Eide (2012) skriver at kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre, å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte. Videre skriver Eide og Eide (2012) at kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og til

hjelp for bruker. Å være aktivt lyttende er en sammensatt ferdighet som kan illustrere hvordan en helhetlig ferdighet kan deles opp i enkeltferdigheter

Ivey (1988) sitert i Eide og Eide (2012) grupperer basisferdighetene i aktiv lytting på følgende måte. Nonverbal atferd som viser at man er henvendt mot og oppmerksom med den man snakker med, Små verbale oppmuntringer som viser at man er tilstede og følger med, å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om, å parafrasere eller omformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig, å speile den andres følelser og derved formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden og å sammenfatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om.

Eide og Eide (2012) går innpå begrepet empati og beskriver det som evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon

Om en har tro på at en kan lære av andre, vise respekt når uenighet uttrykkes og utforske hverandres synspunkter kan fruktbare dialoger etableres ifølge Ødegård og Willumsen (2011) I den forbindelse bør vernepleieren uttrykke seg forståelig, være åpen, empatisk, lytte til andre og kommunikasjonen må være kongruent (Skau 2012).

Holter Brudal (2014) skriver om å kommunisere som å være i dialog, søke kontakt eller inngå ett samspill med andre mennesker og at dette er ett medfødt behov. Hun skriver videre om empati som evnen til å gjenkjenne andre mennesker sine følelser og intensjoner og kaller dette en medfødt evne

Røkenes og Hansen (2012) går innpå det å være yrkesutøver og at det blant annet handler om å møte hele mennesket man er i kommunikasjon med. Det den andre føler, opplever, ønsker og vil er vesentlig. Det at en møter hele mennesket vil si at man samhandler og ikke håndterer.

I helsepersonelloven §4 (1999) står det at helsepersonell og underlagt plikt om å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Dette vil vanligvis skje innenfor en dialogisk ramme hvor bruker ønsker eller samtykker til hjelp. Hjelp vil derfor i mange tilfeller være preget av lyttende og følgende samhandling der kommunikasjon er preget av dialog og det er to likeverdige men fortsatt ulike, parter som samarbeider (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Brask, Østby og Ødegård (2016) går videre inn på brobyggerrollen som beskriver den samhandlende vernepleieren på systemnivå. Så ofte som mulig vil vernepleieren tilstrebe at samarbeid på systemnivå er preget av samhandling og kommunikasjon. Dette kan handle om samarbeid med miljøpersonale, med familier, nettverk eller kommunale instanser. FO (2017) skriver at god kommunikasjon med brukere og pårørende, og tverrfaglig samarbeid er helt sentralt i faglig forsvarlig yrkesutøvelse og god praksis. Videre skriver FO (2017) at vernepleie er kunnskap om hvordan tilrettelegge for å bistå personer med ulike fysiske, sosiale og kognitive utfordringer og at kunnskapsgrunnetlaget vernepleiere har bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse. Vernepleieren sin arbeidsmodell er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der en person eller et miljø ønsker endring. Vernepleierens arbeidsmodell bidrar til å etterstrebe at bruker selv er deltakende aktør i hele prosessen. Videre beskriver FO (2017) vernepleierens arbeidsmodell som en visuell modell for hvordan vernepleiefaglig arbeid kan se ut. Der erfaring, faglig forståelse og prinsipper, etikk juss og handling møtes og prinsipper og kjennetegn ved yrkesutøvelsen og brukerens ønsker og mål settes i sammen i et visuelt redskap for å oppnå ønsker, mål og endring for den det gjelder (FO 2017).

Skau (2012) skriver i møtet med mennesker står kommunikasjon sentralt men mer en det er møtet mellom mennesker kommunikasjon. Både i samspill og i mangel på samspill med en annen uttrykker vi oss selv. Som fagfolk kommuniserer vi først og fremst for å bidra til å endre noens livssituasjon, helse, livskvalitet eller kunnskapsnivå. Gjennom å kommunisere utvikler vi det personlige, vårt verdigrunnlag, menneskesyn, livserfaring og våre kunnskaper (Skau 2012).

Skau (2012) tar for seg kommunikativ kompetanse som en modell. Den samlede kommunikative kompetansen går ut på teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Den som har samarbeid med andre som levevei, burde legge stor vekt på å lære seg å lytte. Bare gjennom å lytte kan få god forståelse av en annens situasjon, problemer og behov. Uten å lytte undergraver vi den potensielle verdien av våre handlinger overfor dem vi har med å gjøre (Skau 2012).

Ved å være i dialog med bruker og pårørende kan vernepleieren være med på å inngå et samspill Holter og Brudal (2014,13).

Wyller (2012) skriver om pårørende som den beste kilden når det gjelder å få vite hva bruker selv hadde ønsket om vedkommende hadde vært i stand til å vurdere situasjonen og at pårørende i mange tilfeller er de nærmeste til å ivareta vedkommende interesser om vedkommende ikke er i stand til det selv.

Henriksen og Vetlesen (2011) går inn på tema om opplevelsen av avmakt og avhengighet av andre som pasient eller bruker og skriver videre. Jo mindre en person er i stand til å sørge for sine egne behov, desto større blir avhengigheten av den eller de andre som ivaretar behovene. Og jo større denne avhengigheten er, desto større blir avmakten hos den trengende. Nå en pasient/bruker opplever sin situasjon som uverdigg, skyldes det at sykdomstilstanden avfører en avhengighet av andres hjelp som erfarer som et tap av innflytelse over ens egen situasjon (Henriksen og Vetlesen 2011).

Holter Brudal (2014,13) skriver om å kommunisere som å være i dialog, søke kontakt eller inngå ett samspill med andre mennesker og at dette er ett medfødt behov. Hun skriver videre om empati som evnen til å gjenkjenne andre mennesker sine følelser og intensjoner og kaller dette en medfødt evne

Holter og Brudal (2014) går videre inn på å finne den andre der den er kan vi lese som speiling, Finner vi den andre og speiler den andre er vi ved begynnelse til samspillet.

Helse- og omsorgsdepartementets stortingsmelding om morgendagens omsorg (2012-2013: 2.3.1) skrives det at morgendagens omsorgstjeneste skal legge tilrette for at brukere skal i større grad være ressurser i eget liv. De nærmeste årene er det sannsynligvis tallene på brukere i aldersgruppen 67-79 år som vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10-15 år. Da vil også utfordringene knyttet til demens vokse tilsvarende. Videre skriver de om en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort. Punkter som inngår i en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk er at pårørende blir synliggjort, anerkjent og støttet i forhold til krevende omsorgsoppgaver. Samspill mellom den offentlige og uformelle omsorgen og styrking av kvalitet på det samlede tjenestetilbudet. Videre er tilrettelegging for å opprettholde pårørende omsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykisk og sosiale problemer. Det skal legges



vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse-og omsorgstjenestene og pårørende. Herunder inngår pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning (Helse og omsorgsdepartementet 2012-2013).

Kierkegaard som det refereres til i Holter Brudal (2014:16) skriver at hvis man i sannhet ønsker å hjelpe et annet menneske, må man først og fremst passe på å finne han hvor han er og begynne der. Videre refereres Kierkegaard «Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst».

## 6.0 Drøfting

Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) sine resultater i sin studie indikerer at pårørendes rolle blir svært uklar etter at deres familiemedlem blir innlagt i institusjon. Dette ser ut til å henge sammen med at helsepersonell i liten grad klarer å skape dialog og involvering av pårørende.

Innledningsvis forteller Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) at pårørende innehar viktige opplysninger om den som rammes av demens sin fortid som familiemedlem og som yrkesutøver og pårørende utgjør her en datakilde som er viktig å dra nytte av. De går videre innpå at pårørende har gjennom sin omsorgsinnsats tilegnet seg omfattende kompetanse med hvordan ulike tilnærminger påvirker den som er rammet av demens. Her kan vernepleieren bidra til å innhente gunstig informasjon som kan unngå situasjoner som kan skap konflikt.

Om vernepleieren har kjennskap til den som er demensrammet sin livshistorie, hvilke mennesker som er viktige i livet til vedkommende kan dette medvirke til at bruker føler trygghet og sikkerhet rundt vernepleieren. Dette med å vite navnet på barnebarn, eller hendelser i livet som har vært betydningsfulle for den som er demensrammet vil bidra til positive følelser hos den som er rammet av demens. Det vil også kunne bidra til at kommunikasjonen går lettere og kan sette i gang samtaler og gode minner til vedkommende som er rammet av demens. Å huske gledelige begivenheter som en kan ta opp som samtalestartere kan bidra til å bygge relasjon og gi tillit. Dette vil kunne gi positive følelser som vil bidra til økt livskvalitet.

### 6.1 Hvordan ivareta interesseområder og aktiviteter

Om vernepleiere jobber ut i ra ett miljøbehandlingsperspektiv kan en ifølge Solheim (2015) bidra til at den som rammes av demens kan oppnå livskvalitet og mestring. FO (2017) går innpå at vernepleie innebærer kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge for å bistå personer kognitive utfordringer. Dette kan for eksempel en demens diagnose kan vise utspill som. Videre går FO (2017) inn på at kunnskapsgrunnlaget vernepleiere har bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse. Vernepleieren sin arbeidsmodell er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der en

person eller et miljø ønsker endring. Vernepleierens arbeidsmodell bidrar til å etterstrebe at bruker selv er deltakende aktør i hele prosessen FO (2017).

En kan gå ut ifra at bruker som rammes av demens ikke har så god hukommelse som en tidligere hadde. Dette innebærer også hvilken grad av demens en har. Så hvordan kan vernepleieren være med på å tilrettelegge og opprettholde aktiviteter og interesser som bruker liker. Kanskje har bruker fortalt at han er glad i musikk. Men kanskje ikke spesifikt hvilken musikk. Om en setter på musikk som vedkommende ikke liker og muligens kan oppfatte som støy eller uromomenter kan dette føre til at vedkommende blir urolig men selv ikke klarer å si hvorfor.

Næss (2011) skriver om mestring og kontroll i forhold til sin definisjon av livskvalitet og at om en har en kronisk sykdom så vil mestring være å lære å leve med den. Her vil den følelsesmessige mestringen rette seg mot å bevare selvspekt og optimisme. Det kan være en realistisk gjennomtenkning av de positive aspektene som ikke berøres av sykdommen. Positive aspekter kan for eksempel være interessen og aktivitetene en har likt å holde på med.

Om en har likt å bake, kan vernepleieren bidra til å tilrettelegge slik at dette lar seg gjøre om en selv har problemer med å uttrykke seg. Her kan vernepleieren gjennom informasjon med pårørende finne ut hvilke aktiviteter den som er rammet av demens har likt å holde på med og da hva en har likt å bake. Her kan vernepleier igjen komme med forslag til bruker om aktiviteter som er innhentet informasjon fra pårørende slik at bruker kan utføre sine interesser og aktiviteter som har vært betydningsfulle og individuelle tidligere. Dette vil igjen føle til mestring og positive følelser som vil bidra til god livskvalitet for bruker. Om en tilrettelegger for aktiviteter som bruker har vært vandt til å gjøre tidligere vil dette stimulere til mestringsfølelse og positivitet.

Henriksen og Vetlesen (2011) skriver om Omsorg som svaret på andres sårbarhet. Som svar på noe grunnleggende og gitt er omsorg en nødvendighet. Omsorg er understøttelse av livet. Dette er omsorg på det mest basale, å verne liv. Men videre er omsorg mer enn bare opprettholdelse av livet. Det er understøttelse av ett verdig liv. Å gi omsorg er kvalitativt og innebærer å svare på den trengendes krav på verdighet.

Vernepleieren skal samarbeide og styrke mennesket som er rammet av demens. Samt ivareta bruker samtykkekompetanse hele veien. Henriksen og Vetlesen (2011) skriver at jo

mindre en person er i stand til å sørge for sine egne behov, desto større blir avhengigheten av den eller de andre som ivaretar behovene.

Her er det viktig å tenke over sin makt som yrkesutøver og hvordan en kan gi makten tilbake til den som er avmektiget. Dette kan vernepleieren gjøre ved å innhente kunnskap om hva som bidrar til mestring og glede i bruker som er rammet av demens sitt liv.

Kanskje har den som er rammet av demens alltid vært vant til å sove med vinduet åpent på natten og å sove i nattklær. Hva vil da skje om dette ikke opprettholdes fordi vedkommende selv ikke klarer å uttrykke dette men fordi om vil kjenne på dette når natten kommer og vinduet er lukket og nattklærne ikke er på slik som en er vant til å ha det. Noe som er kjent ved demens diagnosen er at den demente kan føle uro og være vandrende. Det er også kjent søvnproblematikk blant demente. Kanskje kan uro og søvnproblematikk være i sammenheng med at det kjente og det som en er vant til ikke blir ivaretatt. Kanskje kjenner en på noe en ikke kan formidle riktig som gjør at en føler uro og blir engstelig. Her kan pårørende være med på å formidle hvordan vaner og hva har den som har rammet av demens likt tidligere. Hva slags miljø liker en å sove i? Har personen likt å legge seg til en spesiell tid?

Hva liker vedkommende på skiven til frokost? Om Vernepleieren får tilgang til opplysninger som kanskje kan være vanskelig for den som er dement å formidle kan det bidra til mindre uro, engstelse og eventuell vandring. Å ha det kjente rundt seg, som sine tidligere vaner, kveldsrutiner og hvordan en liker det til måltider vil kunne bidra til en trygget og bedre hverdag. Dette vil bidra til bedre livskvalitet for den demente.

En skal som yrkesutøver også være bevist at det er mulig at den pårørende kanskje har egne intensjoner når det kommer til å huske for den demente. Kanskje går pårørendes ønsker fremfor den dementes og kanskje kan den pårørende være en kilde til feil informasjon. Dette er noe en som yrkesutøver ikke være helt blind på.

Det kan også være knyttet til om den som er oppnevnt som pårørende er i nær relasjon eller ei.

## **6.2 Samarbeid, roller og relasjoner**

Gjennom god kommunikasjon og dialog kan en bli kjent med hverandre, relasjoner blir dannet og en felles forståelse for samarbeid kan skapes. Om pårørende møter sin nære som er rammet av demens sykdom med glede og trygghet vil dette gjenspeile seg i deres relasjon. Den som er rammet av demens vil kunne føle trygghet og ro da deres nære har trygghet og ro.

Når en blir pårørende til noen er det viktig å kunne ha noen å snakke med som er trygge både på hvordan diagnosen kan utarte seg og hvordan en kan møte mennesket med diagnosen på en god måte. At en har kontinuerlig dialog med pårørende kan bidra til at det er lettere for pårørende og oppsøke sin nære som har fått diagnosen demens. Pårørende har som oftest stort utbytte av få informasjon om diagnosen, dette fordi en da lettere kan forstå det som eventuelt sykdommen kan bringe med seg. Vernepleieren kan være støttende i situasjonen til de pårørende med tanke på at deres nære endrer seg med tiden på grunn av diagnosen demens. At vernepleieren har kunnskap om demens og hva en kan forvente av forandringer hos den som er rammet kan bidra til at pårørende er klar for å møte den som rammes av demens på en måte med forståelse og aksept for forandringene. Dette betyr ikke at det nødvendigvis vil bli lettere å se noen bli rammet gradvis av for eksempel hukommelsestap men bare det at en vet litt om det. Dette kan kunne bidra til trygghet og tillit i relasjon mellom vernepleier og pårørende.

Vernepleieren kan her være en god støttespiller som kan bidra til å gjøre bruker og pårørende trygg med å vise at en kan innta ett brukerperspektiv som er genuint opptatt av å ivareta bruker som er rammet av demens. Dette kan vernepleieren gjøre ved å ha med pårørende i innhenting av informasjon om bruker selv. Bruker selv skal først og fremst alltid være delaktig så langt det lar seg gjøre og selv komme med innspill om hva en liker og hvordan en vil ha det. Samtykkekompetansen skal stå i fokus og er en viktig del av å kunne være selvstendig, få mulighet til å ta egne valg og bestemme over eget liv. Det som skjer når en blir rammet av demens er at en etterhvert får dårligere hukommelse og at dette kan være vanskelig og forholde seg til når en ikke er rundt noen som kanskje kjenner en litt. Den som er rammet av demens trenger noen som kan hjelpe en og huske etterhvert da dette kan bidra til trygghet og dermed bidra til god livskvalitet. Det at noen tar vare på meg og mine vaner. Noen legger tilrette slik at jeg kan spise maten min slik jeg liker det selv om at jeg ikke husker selv hva jeg alltid pleide å like å ha på skiven. Når jeg får skiven servert eller laget på den måten jeg liker vil jeg kunne kjenne igjen maten og ja

selvfølgelig like den da dette er det jeg alltid har vært så glad i. Det at en kanskje unngår å servere den middagen en har fått informasjon om at vedkommende ikke liker og heller aldri har likt. Dette kan bidra til at bruker som er rammet av demens ikke kommer i en situasjon som kan være vanskelig å komme seg ut av da en kanskje ikke finner ordene som kan fortelle at jeg ikke liker denne middagen. Det kan heller vise seg i uro eller irritasjon og frustrasjon ved middagsbordet.

Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) viser i sin artikkel til at pårørende etterlyser faste møter med helsepersonell og at de hadde behov for å snakke med helsepersonell som kjente pasienten godt. De pårørende her var usikre på om bruker hadde primærkontakt og noen pårørende synes det var svært vanskelig å få tak i primærkontakt.

Det at pårørende har noen faste å forholde seg til vil øke tryggheten til at pårørende vet hvem som er ansvarlig og har kontroll på opplysninger og følger ekstra godt med på deres kjære i hverdagen en får når en skal bo på sykehjemmet.

Det å utnevne en primærkontakt som følger opp ekstra og tar seg av dialog og kontakt med pårørende om pårørende skulle ha noe de lurer på eller ønsker å snakke om vil være gunstig for tillit og trygghet og ikke minst for å kunne gi ett bedre tjenestetilbud til bruker. Det at pårørende og bruker får en primærkontakt og forholde seg til vil gi stabilitet og forutsigbarhet og det vil dannes en relasjon etter hvert som tiden går. Lauvås og Lauvås (2015) skriver om samarbeid mellom mennesker og at det er en dynamisk prosess der forholdet mellom mennesker og samarbeidspartnere utvikler seg. I et samarbeid er det og utvikles det relasjoner deltakerne imellom, enten man er oppmerksom på det eller ei.

Når en utvikler et godt samarbeid kan opplysninger samles og tas vare på og primærkontakt er ansvarlig for at vaner og rutiner blir opprettholdt med å gjennomføre tilrettelegging av disse i brukerens hverdag. Det å ha jevnlig dialog med pårørende vil øke trygghet til pårørende som igjen vil gjenspeile seg i at det kan være klare forventninger. Vernepleieren står for det han sier og gjennomfører det som avtales. Faste møter kan være med på å gjøre forventningene klare. Å sette opp en plan på faste møter kan være gunstig slik at pårørende kan oppleve forutsigbarhet som igjen vil gi tillit. Det at vernepleieren setter av tid slik at pårørende kan formidle det de ønsker og at vernepleier viser en empatisk og aktivt lyttende holdning igjennom dialog vil bidra til at pårørende føler seg anerkjente og dermed kan føle seg trygge på at samarbeidet er fruktbart for bruker som er rammet av demens.

Etter diagnosen demens er stilt vil personer med demens og deres pårørende ha ett behov for veiledning og informasjon fra fagpersoner. Faktainformasjon om sykdommen, praktiske råd og det å møte og mestre følelser som depresjon, angst og sinne. Samtidig få tilrettelagt aktiviteter som bygger på tidligere erfaringer og interesser. Stimulering og aktivitet er en forutsetning for at mennesker kan fungere normalt så vel fysisk som psykisk, Ved å inkludere pårørende som har vært nær den demente og som vet hva den demente ønsker, liker og foretrekker vil dette kunne bidra til god livskvalitet.

Samarbeid med pårørende kan potensielt være med på å minske avmakten som kan oppstå hos den som blir rammet av demens. Dette kan være fordi pårørende kan gi Vernepleieren kunnskap om den Dementes forhistorie som den demente selv ikke lenger klarer å sette ord på. Samtykkekompetanse må ivaretas hele veien. Alle mennesker har individuelle behov, ønsker og vaner. Det er mennesket selv som vet best om sitt eget liv. Dette kan bidra til at den demente opplever å få makten tilbake og vernepleieren kan spille den demente god ved å gi tilbake kunnskapen som kanskje ikke lenger er så lett å finne frem til på egen hånd.

## 7.0 Avslutning:

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan vernepleieren kan bidra til at pasient kan oppleve god livskvalitet ved hjelp av vernepleierens samarbeid med pårørende. Kanskje kan kommunikasjonen vernepleier utøver i samarbeidet med pårørende gi opplysninger som kan bidra til et bedre tjenestetilbud med tanke på innhenting av opplysninger som pasienten kan dra nytte av i hverdagen og i livet generelt. Vernepleieren i samspill med bruker kan oppnå en god kommunikasjon som bidrar til gode relasjoner til bruker og pårørende. Om en som vernepleier klarer og oppnå tillit ved hjelp kommunikasjon, klare roller, brukermedvirkning, dialog kan dette i praksis bety at bruker kan oppleve ett styrket tjenestetilbud da vernepleier har opplysninger om interesser, aktiviteter og kjennskap til de individuelle ønsker og behov.

## 7.1 Refleksjon

I prosessen med å skrive føler jeg at jeg har økt kunnskapen min når det kommer diagnosen demens og pårørende som ressurser.

Jeg tror jeg kommer til å ha min utøvelse av min kommunikasjon i sentralt i bevisstheten min med i fremtidige samarbeid ikke bare med pårørende men også andre jeg møter som yrkesaktiv fremtidig vernepleier. Denne oppgaven er mer omfattende en hva jeg trodde da tema kommunikasjon og relasjon er veldig store og sentrale i min fremtidige jobb som vernepleier. Jeg kan også videre dra paralleller fra denne oppgaven til jeg skal videre ut i arbeidslivet som vernepleier og ikke minst menneske til alle andre mennesker jeg skal samarbeide med. Jeg har i denne oppgaven reflektert over mine egne holdninger og hvordan jeg opptrer i møte med pårørende. Om jeg klarer å være bevisst min måte å være på kan jeg kanskje bruke dette som en styrke til å bli en bedre omsorgsperson som kan bidra til at jeg kan bli en bedre vernepleier.



## Referanser

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård (2016) *Vernepleierens kjerne roller – en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, hilde og Tom Eide (2012) 2.utg. *kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen (2011) *Nærhet og distanse, Grunnlag, Verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Holter Brudal, Lisbeth (2004) *Empatisk kommunikasjon, Et verktøy for menneskemøter*. (S.13-17) Oslo: Gyldendal akademisk

Lauvås og Lauvås (2015) 2. utg. *Tverrfaglig samarbeid – Perspektiv og strategi* Oslo: Universitetsforlaget

Næss, Siri (2011) *språkbruk og definisjoner i Livskvalitet, Forskning om det gode liv*. Red. Næss, Siri, Torbjørn Moum og John Eriksen. S:13-47. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sejerøe-Szatkowski, Kirsten (2004) *Demens – kommunikasjon og samarbeid*. S.19-68 Oslo: Gyldendal akademisk

Skau Greta Mari (2011) *Gode fagfolk vokser*. 4utg. Latvia: Cappelen Damm AS

Solheim V, Kirsti (2015) 3.utg. *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* Oslo: Universitetsforlaget

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hansen (2012) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Ulstein, Ingunn (2012) *Demens i Tverrfaglig geriatri, en innføring 3 utg.* Red. Bondevik, Margareth og Harald A. Nygaard. S:295-303. Bergen: Fagbokforlaget

Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård (2011). *Felles innsats eller solospill? En kvalitativ studie om tjenesteyteres samarbeid omkring barn og unge.* Norges barnevern, nr. 4- 2011, vol.88. Oslo: Universitetsforlaget.

Wyller Bruun, Torgeir (2012). “Generelt om medisinsk behandling av gamle” i *Tverrfaglig Geriatri - En innføring.* 3.utg. Red. Bondevik Margareth og Harald A. Nygaard. S:109-128. Bergen: Fagbokforlaget

Ødegård, Atle (2017) «Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid», *I Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*, redigert av Elisabeth Willumsen og Atle Ødegård, side 113-127. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse og omsorgsdepartementet (2005-2006) stortingsmelding nr 25 *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.* Oslo: Akademika AS  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/?ch=1>  
[Lesedato: 15.05.2020]

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v Lov 1999-07-02-64  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#§1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#§1) [lesedato: 03.06.2020]

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m Lov-2011-06-24-30  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#§3-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#§3-2) [lesedato 15.05.2020]

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2019) *Hva er demens?* 28.01.2019.  
<https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> [lesedato:15.05.20120].

Rognstad, May- Karin, Mette Sagbakken og Dagfinn Nåden (2015) *Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. Nordic Journal of Nursing research: 57-64.*

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0107408314560478> [Lesedato 16.05.20]

Utdanning og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleierutdanningen*

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) [lesedato 18.05.2020]

FO, Fellesorganisasjonen (2017) *Om vernepleieyrket*

<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf> [Lesedato: 03.06.2020]

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter, LOV-2019-12-20-104 [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) [Lesedato: 04.06.2020]

Helse og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn.*

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf) [lesedato: 06.06.2020]

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) *Morgendagens omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.*

[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf) [lesedato:07.06.2020]