# Det verdighetsbevarende stellet

# Hvordan kan sykepleier ivareta verdigheten til personer med demens som bor på sykehjem?

Kandidatnummer: 239
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14/Bachelorgrad i sykepleie

Antall ord: 10 627
Dato: 18.04.2017

| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole<br>Dato 18. april 2017 |
|---|---|
| Tittel<br>Det verdighetsbevarende stellet | |

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta verdigheten til personer med demens som bor på sykehjem?

Teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektivet i oppgaven består av sykepleiefaglig litteratur i form av forskningsartikler, bøker og artikler. Kari Martinsen er brukt som sykepleieteoretiker med fokus på begrepene omsorg og paternalisme. Margareta Edlunds teori om verdighet er brukt.

Metode

Dette er en litterær oppgave med hensikt å innhente og anvende eksisterende sykepleiefaglig litteratur for å belyse problemstillingen. Den oppsummerer funnene fra seks forskningsartikler. Artiklene er funnet ved hjelp av søk i Cinahl og PubMed.

Drøfting

Forskningsartiklenes funn er drøftet opp mot sykepleieteoretikerne og stell som pasientsituasjon. Funnene viser at personer med demens opplever sin verdighet som truet på grunn av sykepleiernes holdninger og maktbruk. Det er viktig for dem å bli sett og hørt som autonome individer og møtt med menneskelig varme og forståelse. Sykepleier ivaretar deres verdighet ved å ha god evne til empati, være genuint interessert i personen, kommunisere og skape en god relasjon, ha tålmodighet og respekt.

Konklusjon

Sykepleiere må være bevisst sitt ansvar og jobbe aktivt for å ivareta verdigheten til personer med demens som bor på sykehjem. Verdigheten til denne pasientgruppen kan ivaretas gjennom å utøve svak paternalisme og personsentrert omsorg overfor pasienten.

(Totalt antall ord: 300)

## Innholdsfortegnelse

**1 Innledning** ..... **1**
**1.1 Presentasjon av tema og problemstilling** ..... **1**
**1.2 Oppgavens hensikt** ..... **2**
**1.3 Oppgavens avgrensninger** ..... **2**
**1.4 Oppgavens struktur** ..... **3**

**2. Metode** ..... **4**
**2.1 Den litterære oppgaven** ..... **4**
**2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier** ..... **4**
**2.3 Databaser** ..... **5**
**2.4 Litteratursøkingsstrategi** ..... **5**
**2.5 Kort presentasjon av forskningsartikler** ..... **7**
**2.6 Kildekritikk** ..... **8**

**3. Teori** ..... **11**
**3.2 Kari Martinsen – omsorg og paternalisme** ..... **11**
**3.1 Jus og etikk** ..... **12**
3.1.1 Verdighet ..... 13
**3.3 Demens** ..... **14**
3.3.2 Personsentrert demensomsorg ..... 16
3.3.3 Relasjon og kommunikasjon ..... 16

**4.0 Drøfting** ..... **18**
**4.1 Ivaretakelse av pasientens verdighet** ..... **19**
**4.2 Det relasjonelle aspektet** ..... **21**
4.2.1 Kommunikasjonens betydning ..... 23
**4.3 Det praktiske aspektet** ..... **24**
**4.4 Det moralske aspektet** ..... **26**
4.4.1 Balansen mellom autonomi og svak paternalisme ..... 29

**5. Konklusjon** ..... **31**

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Personer med demens har behov for pleie og omsorg når sykdommen progredierer (Engedal & Haugen, 2009). Sykepleieren må gi helhetlig omsorg og ivareta verdigheten til personer med demens som til alle andre personer med omsorgsbehov (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette krever at hun har holdninger som tilsvarer at hun ser personen som et likeverdig menneske, viser respekt, empati, forståelse og tålmodighet, samt er i stand til å balansere personens autonomi og hennes egen plikt til å ta avgjørelser på vegne av personen (Tranvåg, Petersen & Nåden, 2013; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). På en annen side viser forskning at personer med demens føler seg ekskludert og behandlet som barn (Eriksen et al., 2016) og ikke respektert som autonome individer (Heggestad, Nortvedt & Slettebø, 2013), noe som truer deres opplevelse av verdighet.

I dette avsnittet vil jeg kort presentere min egen forforståelse om temaet demens og verdighet. Jeg har jobbet på sykehjem og observert samspillet mellom sykepleiere og pasienter med demens og hvordan pasientens verdighet kan trues. Det er spesielt to episoder jeg husker godt. Jeg serverte middag og var i ferd med å spørre en pasient om hun ønsket fisk eller kjøtt, da det ble ropt til meg fra andre enden av rommet av en pleier: "Hun liker fisk. Det er ikke vits i å spørre henne hva hun vil ha." Ved en annen anledning var jeg sammen med en pasient som til tider hadde utagerende atferd. Hun var engstelig og pratsom og jeg fikk inntrykk av at hun hadde glede av at noen hørte på det hun sa og viste forståelse. Da jeg kom inn på vaktrommet og fortalte sykepleierne dette, fikk jeg i respons: "Ikke engasjer henne i samtale. Hun må skjermes." Disse erfaringene støtter den ovennevnte forskningen om personer med demens sine egne erfaringer.

Min forforståelse vekket en interesse hos meg for demens og hvordan personer med demens blir møtt av menneskene rundt seg. Ut fra dette har jeg formulert følgende problemstilling:

***Hvordan kan sykepleier ivareta verdigheten til personer med demens som bor på sykehjem?***

## 1.2 Oppgavens hensikt

Oppgaven har til hensikt å belyse verdighetsaspektet i de daglige møtene mellom sykepleiere og personer med demens på sykehjem. Ved å gjennomgå litteraturen i fagfeltet ønsker jeg å undersøke hvilke utfordringer som ligger i relasjonen mellom sykepleier og personer med demens på sykehjem og avdekke faktorer som kan bidra til at flere personer med demens får sin verdighet ivaretatt.

## 1.3 Oppgavens avgrensninger

Oppgavens målgruppe er personer som bor på sykehjem som er diagnostisert med demens. I overkant av 80 % av beboerne i sykehjem har en demenssykdom (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2007). Av disse har 30 % mild demens, 50 % moderat demens og 20 % alvorlig demens (Alderspsykiatrisk forskningssenter, 2015). Moderat fase innebærer at funksjonssvikt er fremtredende og at de ikke kan klare seg uten hjelp fra andre, og alvorlig fase innebærer at det er nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411).

Forskning som er blitt gjort på personer med demens for å få frem deres opplevelser, er gjort av et utvalg pasienter som er i stand til å uttrykke seg verbalt på en adekvat måte. Det betyr at de er i en tidlig eller moderat fase i sykdomsforløpet. Jeg mener at det pasientene i disse fasene uttrykker, også kan overføres til pasienter i alvorlig fase.

Jeg velger å ta for meg alle pasienter som regnes som eldre, altså fra 67 år og utover, da moderat og alvorlig demens kan ramme uavhengig av alder, og de aller fleste på sykehjem er over 67 år (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Jeg vil fokusere på samhandlingen mellom sykepleier og pasient, nærmere bestemt i stellsituasjoner, og hvordan sykepleier kan arbeide for å ivareta pasientens verdighet her. I stell assisterer sykepleieren pasienten med hygieniske behov som vask av ansikt og kropp, tannpuss, toalettbesøk, på- og avkledning.

Grove krenkelser, som tvang og overgrep, pårørende og miljøbehandling som del av demensomsorgen, er ikke temaer i oppgaven.

I oppgaven brukes *hun* om sykepleier fordi de fleste sykepleiere er kvinner. Personer med demens omtales både som *beboer*, *pasient* og *han eller hun* for å sikre variasjon i språket.

## 1.4 Oppgavens struktur

I det følgende blir det redegjort for hva den litterære oppgave innebærer, presentasjon av litteratursøket, kort presentasjon av de valgte forskningsartiklene, samt kildekritikk. Deretter kommer en teoretisk redegjørelse av relevant faglitteratur om jus, etikk, demens, samt Kari Martinsens begreper omsorg og paternalisme og Margareta Edlunds teori om verdighetsbegrepet. Så blir forskningen og faglitteraturen veid opp mot hverandre og drøftet. Til slutt kommer en oppsummering og konklusjon.

# 2. Metode

## 2.1 Den litterære oppgaven

I følge Dalland (2012) er metode et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Det finnes kvantitative og kvalitative metoder, og Dalland (2012, s. 111) påpeker at én bestemt metode velges fordi den vil gi gode data og belyse en problemstilling på en faglig interessant måte. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måle, men som tolkes. Ulike metodiske tilnærminger, altså både kvantitative og kvalitative metoder, vil utfylle hverandre og gi et helhetlig bilde av et fenomen (Dalland, 2012, s. 112).

I denne oppgaven har jeg brukt litterær metode, som er en kvalitativ metode. Problemstillingen er drøftet opp mot eksisterende sykepleiefaglig litteratur som jeg har søkt opp og valgt ut på grunnlag av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Hensikten er å få økt kunnskap innen fagområdet. En ulempe ved metoden er at jeg kan ha blitt påvirket av forfatternes syn og eventuelt egen subjektivitet.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det jeg ønsket å inkludere i oppgaven var forskningsartikler som er fagfellevurdert, i tråd med Thidemanns (2015, s. 68) anbefaling. Forskningen kunne være både kvalitativ og kvantitativ. Jeg ønsket artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk, og forskning fra de siste ti årene, altså fra 2006 til i dag. Jeg vektla forsknings- og fagartikler gjort og forfattet av fagpersoner med relevant bakgrunn og tilknyttet et universitet eller høyskole for å ivareta holdbarheten i oppgaven. Forskning eldre enn ti år, anså jeg som utdatert og jeg ønsket å prioritere nyere forskning. Jeg prioriterte ikke forskning gjort i land med ikke-vestlig kultur, da denne gjerne ikke kan overføres til norske forhold.

## 2.3 Databaser

For å finne forskningslitteratur har jeg brukt databasene Cinahl og PubMed som begge er anerkjente søkeredskaper for vitenskapelige publikasjoner spesielt egnet for sykepleiere og andre som jobber i helsetjenesten.

Jeg har gjort enkeltsøk på nettsidene til Nasjonal Kompetansesenter for aldring og helse, Den norske legeforening og Tidsskriftet Sykepleien for å undersøke hva som er aktuelt på fagfeltet, samt finne vitenskapelige rapporter og andre relevante artikler.

I mitt teoretiske grunnlag har jeg brukt primærkilder for å tolke Kari Martinsens teori og Margareta Edlunds teori. Utover dette har jeg brukt sekundærkilder i form av pensumlitteratur og andre sykepleiefaglige bøker jeg har funnet på høgskolens bibliotek.

## 2.4 Litteratursøkingsstrategi

For å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar, har jeg tatt utgangspunkt i hovedkomponentene i spørsmålsformuleringen, som er ”sykepleier”, ”verdighet”, ”personer med demens” og ”sykehjem”. Jeg ønsket å finne litteratur om faktorer som sykepleiers opplevelser, opplevelsene til personer med demens som bor på sykehjem og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette er grunnlaget for min søkestrategi.

I Cinahl kombinerte jeg emneordene ”Dementia”, ”Nursing homes” og ”Nursing Care” med AND for at alle tre skulle forekomme samtidig. Jeg inkluderte flere typer demens i emneordet ”Dementia”, som Alzheimer, frontotemporal, vaskulær og senil. Jeg var interessert i å finne litteratur som omhandlet demens uavhengig av årsak. Man kan bruke OR for å bruke emneord som synonymer og få treff på enten det ene eller andre eller alle. Dette gjorde jeg for eksempel med ”Nursing homes” og ”Long Term Care”.

Med de ovennevnte emneordene som grunnlag for søket, brukte jeg andre relevante emneord som variabler. Disse er ”Human Dignity”, ”Quality of Life”, ”Individuality”, ”Nurse Attitudes” og ”Ethics, Nursing”. Ved ett søk er disse kombinert med OR. Ved andre søk er for eksempel ”Human Dignity” og ”Ethics, Nursing” hver for seg blitt kombinert med det ovennevnte grunnlaget med AND. Jeg har altså utført både enkle søk og mer avanserte søk. På disse søkene har jeg fått ulike resultatlister, noen på kun syv treff, andre på 80 treff.

Ved gjennomgang av resultatlistene valgte jeg ut artikler på bakgrunn av oppgavens avgrensninger og inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Jeg leste artiklenes overskrifter og forbigikk de overskriftene jeg oppfattet som irrelevante, som for eksempel smertebehandling hos personer med demens og identifisering av delirium og depresjon hos personer med demens. Jeg leste abstraktene på artikler jeg fant interessante. De som var aktuelle, ble samlet og gjennomgått mer nøye til jeg satt igjen med et mindre utvalg som jeg leste i sin helhet. Da jeg prioriterte hvilke artikler jeg ønsket å inkludere, vurderte jeg relevans, gyldighet og holdbarhet.

I PubMed gjorde jeg ett enkelt søk, et såkalt ”smart-search”. Jeg kombinerte søkeordene ”Dementia”, ”Nursing care” og ”Dignity” med AND og valgte artikler gitt ut de siste fem årene. Dette søket ga 39 funn og jeg valgte 11 artikler som jeg leste i sin helhet og valgte tre.

I enkeltsøk på relevante nettsider har jeg brukt ord som ”demens” og ”verdighet”. På nettsiden til Nasjonal Kompetansesenter for aldring og helse fant jeg Norbergs (2016) fagartikkel.

Det finnes mye forskning om demens, men mindre om demens og verdighet. Jeg ønsket derfor å la litteratursøkene være så brede som mulig for ikke å gå glipp av noe viktig. Jeg ville heller bruke mer tid på å gå gjennom større resultatlister enn å risikere å gå glipp av noe.

## 2.5 Kort presentasjon av forskningsartikler

I dette underkapitlet skal jeg kort presentere funnene i forskningsartiklene som jeg mener er relevante for min oppgave.

Tranvåg, Petersen og Nådens (2013) systematiske oversiktsartikkel hadde som hensikt å finne fundamentet for verdighetsbevarende demensomsorg gjennom å intervjue sykepleiere og annet helsepersonell. De fant at det verdighetsbevarende innebærer å støtte personens autonomi og integritet, som involverer å ha empati med personen, bekrefte personens egenverd og selvoppfatning og å skape et humant og meningsfullt miljø; å balansere individuelle valg blant personer som ikke lenger er i stand til å ta skikkelige avgjørelser, mot plikten til å gjøre valg på vegne av personen, som involverer overtalelse og/eller mild tvang; og beskytte menneskeverdet.

Eriksen, Helvik, Juvet, Skovdahl, Førsund og Grov (2016) sin systematiske oversiktsartikkel hadde som hensikt å sammenstille opplevelsene til personer med demens og deres relasjoner til andre. Deres funn er at personer med demens opplever distanse fra andre og å være avhengige av andre. De føler at de er en byrde og blir behandlet på en paternalistisk måte; mister retten til å bestemme over seg selv, blir ekskludert, blir lurt eller behandlet som et barn.

Lillekroken, Hauge & Slettebø (2015) kom i sin studie frem til tre typer av strategier som sykepleiere kan bruke for å styrke personer med demens sine ressurser og støtte deres opplevelse av sammenheng med formål om at de blir deltakere i sine egne liv. De tre typene av sykepleiestrategier er å finne og oppfostre den enkeltes ressurser, å individualisere meningsfulle aktiviteter og å finne kreative løsninger.

de Vocht, Hoogeboom, van Niekirk og den Ouden (2015) fant i sin pre-/poststudie at et tiltak som går ut på å gi 30 minutters daglig en-til-en kontakt til beboere med alvorlig demens som er totalt avhengige av pleie, har positiv effekt på deres atferd. Videoovervåkning viste at å holde øyekontakt, berøring, respons på snakking, finne observerbare stimuli og å stille spørsmål til aktiviteten, økte betydelig under tiltaket.

Tranvåg, Petersen og Nådens (2014) studie hadde som hensikt å utforske og beskrive hvilke faktorer i relasjonene med familie, sosialt nettverk og helsepersonell som er avgjørende for opplevelsen av verdighet hos personer med demens. De fant at faktorene er opplevelsen av kjærlighet og bekreftelse; opplevelse av sosial inkludering og fellesskap; og opplevelse av menneskelig varme og forståelse i pleiekulturen, mens man blir møtt som et likeverdig menneske.

Heggestad, Nortvedt & Slettebø (2013) kombinerte deltakende observasjon i to sykehjem med kvalitative intervjuer med fem beboere i disse sykehjemmene. I følge beboerne handler verdig omsorg om medbestemmelse, frihet og bekreftelse av identitet, mens det som truer verdigheten er opplevelse av fangenskap, umyndiggjøring og hjemlengsel og institusjonalisering.

Heaslip og Board (2012) fant i sin studie at helsepersonell deler en felles sårbarhet med pasientene med demens på sykehjem. Studien utforsker om denne felles sårbarheten kan føre til at sykepleiere fokuserer på det kliniske aspektet ved sin rolle fremfor den barmhjertige og omsorgsgivende delen av sykepleie.

## 2.6 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er det vurderingene av de skriftlige kildenes relevans og gyldighet i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet.

Jeg har inkludert både primær- og sekundærlitteratur. Jeg valgte å inkludere to systematiske oversiktsartikler (Tranvåg et al., 2013; Eriksen et al., 2016) fordi de begge gir en sammenstilling av kvalitativ forskning innenfor demensområdet som hjalp meg med å få kunnskap om feltet. Det kan imidlertid være problematisk at kvalitativ forskning blir videre tolket, men jeg ønsket å inkludere funnene fordi de sammenstilte og formulerte funn som jeg oppfattet var en tendens i annen forskning. Jeg måtte supplere med en del sekundærlitteratur i

form av sykepleiefaglige bøker i drøftingskapitlet, da jeg fant at forskningsartiklenes funn ikke ga svar på hvordan sykepleier konkret kan ivareta verdigheten.

Samtlige forskningsartikler er publisert i anerkjente og fagfellevurderte tidsskrifter fra de siste ti år, som gjør de kvalitetssikret og tidsaktuelle. Fire av åtte artikler er blitt godkjente av en etisk komité (Lillekroken et al., 2015; Tranvåg, et al., 2014; Heggestad et al., 2013). To av studiene var oversiktsartikler, så det er ikke relevant (Eriksen et al., 2016; Tranvåg et al., 2013). Heaslip og Board (2012) nevner ikke etisk komité, men skriver at deltakerne fikk velge om de ville delta eller ikke og ble forsikret om konfidensialitet. Jeg velger å bruke den fordi helsepersonell, ikke personer med demens, er deltakere. Det betyr at sykepleier-pasient-forholdet ikke vil bli påvirket negativt. Studien til de Vocht et al. (2015) er ikke pålagt etisk komité da hensikten var å forbedre trivselen til beboere på sykehjem og tiltaket ble inkludert som en del av pleien.

Jeg har i hovedsak valgt å bruke norske studier, og de to som ikke er norske, har jeg valgt fordi de er fra land med vestlig kultur og kan overføres til norske forhold. Noen av forskningsartiklene som fokuserte på å undersøke personer med demens sine opplevelser, inkluderte informanter som ikke bor på sykehjem, men jeg velger likevel å inkludere funnene fordi de gir innsikt i opplevelsene til personer med demens, noe jeg mener kan overføres til de som bor på sykehjem. de Vocht et al. (2015) sin studie har fokus på personer med demens sin livskvalitet, og ikke verdighet. Jeg velger likevel å bruke funnene fordi de har inkludert personer med alvorlig demens som er totalt avhengige av pleie, noe som er uvanlig, og livskvalitet kan forbindes med verdighet da de påvirker hverandre.

Alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk, så det har krevd en viss grad av engelskkunnskaper for å oversette og tolke de riktig. Ulike personer kan imidlertid oversette og tolke ulikt. Samtlige studier er kvalitative, så funnene er ikke generaliserbare. Det er likevel viktig å presentere og diskutere funnene for å belyse problemstillingen.

Myskja (2013) sin fortelling om Ingrid i korridoren handler ikke om en stellsituasjon, men jeg har valgt å inkludere den i oppgaven fordi jeg mener at hans observasjoner tydeliggjør hvordan demenssykdommen kommer til uttrykk avhengig av personens situasjon og relasjonene han eller hun har.

Jeg har brukt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker fordi hun har bidratt til å utvikle sykepleiefaget og er anerkjent for sin omsorgsteori. Hennes tekster er imidlertid eldre, fra henholdsvis 1990 og 2003, men jeg velger anser de som like aktuelle i moderne sykepleie. Fra hennes omsorgsteori har det vært relevant å trekke inn de tre aspektene ved omsorg, nemlig det moralske, relasjonelle og praktiske, samt begrepet paternalisme. I sin teori vektlegger hun dessuten den lidende, svake og avhengige pasienten som ikke har mulighet til å gjenvinne uavhengighet, slik situasjonen er for personer med demens. Jeg har lest og tolket hennes tekster selv, noe som kan kritiseres dersom noen andre mener at tolkningen min er feil.

Margareta Edlund sin teori om verdighet er også eldre, fra 2002, men jeg velger likevel å bruke den fordi det er en anerkjent teori som gir en dypere forståelse av begrepet. Tom Kitwoods (1997) begrep om personsentrert omsorg, har jeg valgt å inkludere fordi det har hatt stor innvirkning på demensomsorgen frem til i dag.

# 3. Teori

## 3.2 Kari Martinsen – omsorg og paternalisme

I følge Martinsen (1990, s. 62; 2003, s. 14-17) har omsorgsbegrepet en relasjonell, en praktisk og en moralsk side. Hun forklarer omsorgens relasjonelle aspekt ved å ta utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn hvor vi alle er avhengige av hverandre, siden vi alle kan komme i en situasjon hvor vi trenger hjelp fra andre (Martinsen, 2003, s. 14-15). Hun skriver videre at dette står i motsetning til et individualistisk menneskesyn som idealiserer selvhjulpenhet og anser avhengighet som negativt. Martinsen (1990, s. 70-72) fremhever tillit som avgjørende for relasjonen. Poenget hennes er at sykepleieren må vise seg verdig til å motta den forbeholdne tilliten, og derav utlevertheten, som pasienten viser. Hun skriver videre at sykepleieren gjør dette ved å være engasjert og opptatt av det som gagner pasienten best. Omsorgens praktiske aspekt handler på den ene siden om sykepleierens evne til empati, å engasjere seg og å ha forståelse for pasientens situasjon, og på den andre siden om de konkrete handlingene hun utfører for å hjelpe (Martinsen, 2003, s. 15-16). Dette står i motsetning til det Martinsen (2003) kaller sentimental omsorg, nemlig at sykepleien kun "synes synd på" personen uten å gjøre noe for å hjelpe. Videre skriver hun at hjelpen skal gis betingelsesløst, altså uten å forvente noe tilbake, og ut fra tilstanden til den hjelpetrengende. Martinsen (2003, s. 17) forklarer omsorgens moralske aspekt ved at det kommer til uttrykk gjennom hvordan sykepleieren oppfører seg og handler i relasjonen til pasienten. Da blir kvaliteten på relasjonen og hvordan sykepleier bruker makt vesentlig. Martinsen (2003, s. 47) presiserer at enhver relasjon mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og moralen spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet. Sykepleieren bør tenke at rollene kunne vært byttet om, slik at hun forplikter seg til å handle på en måte som gir pasienten mulighet til å leve det beste liv han eller hun er i stand til (Martinsen, 2003, s. 17).

Martinsen (1990, s. 73) skiller mellom to former av overtramp som sykepleieren står i fare for å gjøre overfor pasienten: sentimental omsorg og paternalistisk omsorg. Begge deler innebærer manglende sensitivitet overfor pasienten. Sentimental omsorg, som nevnt tidligere, kjennetegnes av at sykepleier berøres av pasientens lidelse, men utfører ingen konkrete handlinger for å hjelpe. Paternalistisk omsorg innebærer at sykepleieren med sin holdning

skaper en relasjon preget av at pasienten blir fastholdt i en underlegen posisjon (Martinsen, 1990, s. 73). I følge Martinsen (1990) kjennetegnes maktbruken av at sykepleieren distanserer seg følelsesmessig fra pasienten og objektiverer og passiviserer han eller henne. Slik fratas pasienten mulighetene for å delta i behandlingen og pleien vedkommende er en del av og er i en posisjon hvor uttrykte ønsker og behov ikke tas hensyn til. Pasienten blir gjort maktesløs (Martinsen, 1990). Paternalisme beskrives dermed som en form for ekspertisemystikk og bedrevitenhet fra sykepleierens side (Martinsen, 1990, s. 73). I relasjoner preget av paternalistisk omsorg, opptrer sykepleieren på en måte som gjør at hun ikke er pasientens tillit verdig, da hennes sensitivitet, oppriktige interesse og forståelse er borte.

Svak paternalisme anser Martinsen (1990, s. 74-75) som en forutsetning for at sykepleier skal kunne bygge et godt tillitsforhold i relasjonen med pasienten. Hun mener at denne formen for paternalisme må overordnes prinsippet om pasientens autonomi, men kun i kraft av å være bygget på en autoritetsstruktur som innebærer at sykepleieren vet bedre enn pasienten selv hva som er til det beste for ham eller henne ut fra nødvendig faglig kunnskap som pasienten ikke har, samt ut fra et engasjement og en sensitivitet om å gagne vedkommende mest mulig (Martinsen, 1990, s. 74-75). Det gjør at begge parter blir deltakere i relasjonen og at pasienten får være med på å påvirke sin situasjon. Martinsen (1990) fremhever sykepleiers solidaritet, faglige dyktighet og skjønn som avgjørende for om hun handler moralsk riktig eller ikke.

## 3.1 Jus og etikk

I gjeldene lovverk finnes visse faktorer som er relevante for oppgaven og som fungerer som et rammeverk. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) stadfester alle personers rett til lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og ivaretakelse av respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Helsepersonelloven (1999) stadfester helsepersonellets plikt til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og omsorgsfullt. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunen å tilby opphold i sykehjem for de som det ikke er forsvarlig at bor hjemme lenger, samt å sørge for at tjenestene som ytes, er forsvarlige, herunder at den enkelte pasient gis et verdig tjenestetilbud. Verdighetsgarantien (2010) skal bidra til en verdig, trygg

og meningsfull alderdom. Individuelle behov skal tas hensyn til og respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel skal ivaretas.

Et praktisk-etisk rammeverk er aktuelt å bruke i oppgaven, da dette tydeliggjør sykepleierens ansvar og hvorfor hun handler som hun gjør. Brinchmann (2012) skriver om fire etiske prinsipper som defineres som plikter. Jeg skal fokusere på tre av dem. Det første prinsippet, velgjørenhet, handler om plikten til å gjøre godt mot andre, at sykepleier skal tilstrebe å handle godt for pasienten. Det andre prinsippet er ikke-skade og handler om plikten til ikke å skade andre, altså at sykepleier skal beskytte mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade for pasienten. Det tredje prinsippet er autonomi, eller selvbestemmelse, og handler om plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Det er et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Brinchmann (2012, s. 90) påpeker at selv om menneskers autonomi varierer gjennom livet avhengig av alder og sykdom, er menneskeverdet og integriteten konstant. Det betyr at selv om en person ikke er i stand til å fatte autonome beslutninger, har de like fullt krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert. Prinsippene er likeverdige, men dersom det oppstår konflikt mellom ett eller flere prinsipper, må de veies opp mot hverandre og ett må få forrang (Brinchmann, 2012).

### 3.1.1 Verdighet

Verdighet er et hyppig brukt begrep og er sentralt når sykepleie utøves. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleiens grunnlag beskrevet slik: ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet,” (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Retningslinjene sier at sykepleieren er forpliktet til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren har faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I FNs Menneskerettigheter (1948) er verdighet omtalt som grunnlaget for utarbeidelsen av rettighetene: ”…anerkjennelsen av iboende verdighet og av like og uavhendelige rettigheter for alle medlemmer av menneske-slekten er grunnlaget for frihet, rettferdighet og

fred i verden…" Videre nevnes det i artikkel 22 at alle har rett til de økonomiske, sosiale og kulturelle goder som er uunnværlige for ens verdighet (FN, 1948).

Edlund (2002) har i sin avhandling utarbeidet en begrepsmodell om verdighet. Hun påpeker at begrepet ikke er entydig og at det i dagligtalen ofte tas for gitt hva verdighet egentlig er. I følge henne er det to dimensjoner ved verdighet; absolutt verdighet og relativ verdighet. Edlund (2002) skriver at den absolutte verdigheten innebærer å ha det hun kaller "det menneskelige embetet", det vil si verdighet som alle mennesker er gitt i kraft av å være skapt som menneske. Det er dette Norsk Sykepleierforbund og FN kaller iboende verdighet. Denne formen for verdighet kan ikke krenkes eller tas fra oss.

Videre skriver Edlund (2002) om den relative verdigheten som handler om hvordan mennesket opplever sin verdighet. Den kan påvirkes utenfra, avhengig av en selv og av relasjoner til andre, og er dermed foranderlig. Den må ivaretas og respekteres, for hvis ikke kan den krenkes og ødelegges gjennom uverdig behandling fra omverdenen. Hvis den krenkes, kan den gjenopprettes (Edlund, 2002). Når det i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står at sykepleieren skal ha respekt for den enkelte pasients verdighet, menes altså den relative verdigheten og å sørge for at pasientens opplevde verdighet ikke blir truet.

Som del av sin avhandling intervjuet Edlund (2002) seks eldre personer om deres verdighet. De uttrykte at de opplevde verdighet når de ble sett, hørt, trodd og tatt på alvor. Kroppslig svekkelse som følge av alderdom, kunne true verdighetene deres. Da stod verdier som frihet, ansvar, selvstendighet, uavhengighet, troverdighet og opplevelsen av å være verdifull. Verdighet for dem innebar nemlig å kunne klare seg selv og ikke være til bry for noen. De så det som en plikt å leve opp til de krav samfunnet stiller og ta hånd om det de har ansvar for (Edlund, 2002). Verdighet er dermed nært knyttet til autonomi og å ha kontroll over eget liv.

### 3.3 Demens

Både Wyller (2015, s. 285) og Engedal & Haugen (2009, s. 18) henviser til World Health Organization (WHO) sitt internasjonale klassifikasjonssystem for sykdommer, ICD-10, for å

forklare demens. I følge ICD-10 er demens en fellesbetegnelse på et syndrom, det vil si en gruppe symptomer, som kan være forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer. Det at en sykdom er hjerneorganisk, vil si at det har oppstått anatomiske endringer i hjernen underveis i livsløpet. De sykdommene som rammer hyppigst, er Alzheimers sykdom, vaskulær demens, demens med Lewylegemer og frontotemporallapsdemens (Engedal & Haugen, 2009, s. 25).

Sykdommene fører til gradvis økende svinn av nerveceller og tap av hjernefunksjoner. Skadene som oppstår av dette, er vanligvis av kronisk eller progressiv karakter og gir svikt i kognitive, atferdsmessige og motoriske funksjonsområder hos pasienten. Demens er på bakgrunn av dette kjennetegnet av svikt i minst to kognitive funksjonsområder, hvorav ett er hukommelse. Svikten skal være så uttalt at det påvirker dagliglivet. I tillegg skal det foreligge svikt i minst ett atferdsmessig funksjonsområde, som for eksempel endret personlighet.

Svekket hukommelse er et hovedsymptom ved demens, som det fremkommer av kriteriene i ICD-10. Andre kognitive symptomer er svekket læringsevne, oppmerksomhet og forståelse av tid og rom, samt apraksi, afasi og agnosi. Afasi innebærer svekket språkevne hvor pasienten ikke kommer på ordene han eller hun vil bruke og får redusert taleflyt. Agnosi betyr at pasienten har manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon (Engedal & Haugen, 2009, s. 34-41). Et atferdsmessig symptom ble nevnt. Andre er depresjon, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, apati, rastløs motorisk atferd og aggressivitet. Disse sammenfattes ofte under betegnelsen *atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens* (APSD). Motoriske symptomer er muskelstivhet, styringsproblemer, balansesvikt og inkontinens (Engedal & Haugen, 2009, s. 34). I følge Engedal og Haugen (2009) vil ulike typer demens og ulike utviklingstrinn i demensforløpet gi forskjellige utslag i kognitiv, atferdsmessig og motorisk fungering.

Antall personer i Norge som har en demenssykdom, anslås å være omtrent 78.000 (Alzheimer Europe, 2014). Som følge av økt levealder og endret alderssammensetning forventes det at antall sykdomstilfeller kommer til å øke sterkt innen 2030 med rundt 34.000 nye tilfeller. Antallet i 2060 kan være på 200.000 (Vossius et al. 2015). Demens debuterer hyppigst hos eldre personer over 65 år (Demens, 2015).

### 3.3.2 Personsentrert demensomsorg

Personsentrert demensomsorg er et verdigrunnlag og en omsorgsfilosofi utviklet av Kitwood (1997) for å bøte med gamle pleietradisjoner, som han mener bidro til at personer med demens ble behandlet på en måte som undergravde deres identitet og verdighet. Dette kaller han "ondartet sosialpsykologi". Eksempler er situasjoner hvor mennesker blir utsatt for høyt tempo, blir snakket over hodet på, barnliggjort, gitt kallenavn, manipulert, umyndiggjort, tvunget, objektivert, stigmatisert, ignorert eller latterliggjort (Kitwood, 1997, s. 46-47). Kitwood (1997) ønsket å endre fokus fra sykdom og funksjonssvikt og over på personen og vedkommendes opplevelse og håndtering av sitt liv med sykdommen.

Brooker (2006, s. 12-13) har utviklet en definisjon på personsentrert demensomsorg og beskriver fire likestilte hovedelementer ved begrepet. Det ene er et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon. Det andre er en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Det tredje er evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv. Og det fjerde er etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov.

### 3.3.3 Relasjon og kommunikasjon

I følge Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 83-85) er et godt mellommenneskelig forhold av stor betydning for utøvelse av sykepleie. De skriver at i gjennomføringen av et godt stell er det viktig at pasienten har tillit både til de faglige vurderinger og handlinger som sykepleieren gjør, og til sykepleieren som person. Derfor er sykepleierens oppførsel og væremåte av stor betydning. Det handler om å vise respekt og å ha evne til empati. Empati, evnen til å forstå andre menneskers situasjon og erfaringer, er avgjørende for om hun utøver sykepleie som ivaretar pasientens verdighet (Kristoffersen et al., 2011, s. 23; s. 84). Kristoffersen og Nortvedt (2011) peker på at empati i tillegg bidrar til å gjøre sykepleierens faglige vurderinger mer kvalifiserte og informerte. De beskriver profesjonelle relasjoner som asymmetriske, hvor den ene parten er en omsorgsgivende yrkesutøver som ikke kan forvente å få noe igjen av den hjelpetrengende part. I et slikt asymmetrisk forhold må sykepleieren beskytte og ivareta

pasientens likeverd ved hjelp av sin faglige kyndighet og moralske kompetanse (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 108).

Eide og Eide (2007, s. 382) påpeker at kommunikasjon med personer med demens kan by på særlige utfordringer, så måten sykepleier kommuniserer på er viktig for å skape en god relasjon. Sykepleierens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er det viktigste for å få god kontakt, samt å være i stand til å se det unike ved personen. Derfor blir sykepleierens tålmodighet, oppmerksomhet, vilje til å lytte aktivt og å møte personen på hans eller hennes premisser viktig for kontakten. Kristoffersen et al. (2011, s. 24) peker på at kommunikasjon og samtale er viktig også fordi det gir pasienten mulighet til medbestemmelse og innflytelse på gjennomføringen av pleien. Norberg (2016) skriver i sin artikkel om kommunikasjon og relasjon som viktig for å styrke personer med demens sin opplevelse av seg selv og egen identitet. Hun mener at demens kan være en trussel mot menneskets identitetsverdighet på grunn av svikt i kommunikasjon og hukommelse, som kan gjøre at personene føler seg mindre viktige og verdifulle.

# 4.0 Drøfting

Verdighet står nevnt i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Verdighetsgarantien, 2010), i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011; Brinchmann, 2012), og fremstår dermed som en essensiell del av sykepleieutøvelsen. Edlund (2002) deler verdighet inn i to dimensjoner; absolutt og relativ verdighet. Den relative verdigheten er subjektiv og dreier seg om opplevelsen av egen verdighet. Personer med demens er en sårbar pasientgruppe, som på sykehjem er prisgitt sykepleierens ivaretakelse av deres verdighet, spesielt i stellsituasjoner. Hva er egentlig verdighet for dem? Hvordan ser sykepleiere på verdighet og ivaretakelsen av den hos personer med demens? Dette vil jeg se nærmere på i det første underkapitlet. Her vil jeg også kort presentere hvordan Kristoffersen et al. (2011) mener sykepleieren bør tilnærme seg pasienten i en stellsituasjon for å ivareta hans eller hennes verdighet. I underkapitlene som følger, vil jeg drøfte dette i lys av Martinsens (1990; 2003) tre omsorgsaspekter. Før jeg går løs på dette, ønsker jeg å presentere en fortelling som vil bli brukt gjennomgående i kapitlet.

Myskja (2013) forteller i bokens innledning en historie fra da han jobbet som lege på et sykehjem. I korridoren pleier han å møte på Ingrid, en beboer med demens, som lyser opp når hun ser ham. Men når han kommer en helgedag og den faste staben er byttet ut med ferievikarer uten erfaring med demens, merker han at Ingrid er forandret. Kroppsspråket er urolig, ganglaget mindre symmetrisk, kroppen mer anspent, et mørke i blikket hennes. ”Er hun blitt verre,” spør Myskja seg.

Han kommer tilbake over helgen og ser Ingrid i korridoren. Han undrer om hun fortsatt er fjern og urolig, om hun kommer til å kjenne ham igjen. Har demenssymptomene festet grepet? ”Nei, her går samme gode, gamle Ingrid, blid og oppmerksom,” konkluderer han. Myskja gjentar eksperimentet en annen helg og ukedag, og finner det samme mønsteret: Når de som er rundt Ingrid kjører sine egne agendaer, uten hensyn til Ingrid, er hun forvirret og aggressiv – klin dement. Når Ingrid blir møtt, sett, forstått og hjulpet av dem som kjenner henne og forstår henne, blir hun en smilende buddha – lysende klar et sted midt i demensen.

Myskja kaller det egenverd, et ord som rommer integritet, selvrespekt, verdighet og ikke minst følelsen av at jeg er meg.

## 4.1 Ivaretakelse av pasientens verdighet

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og sykepleien skal bygge på menneskerettigheten om respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (FN, 1948; Norsk Sykepleierforbund, 2016). Forskning viser imidlertid at personer med demens opplever sin verdighet som truet: Noen rapporterer at de opplever å ikke bli tatt på alvor og respektert og bekreftet som autonome individer (Nortvedt & Slettebø, 2013; Tranvåg et al., 2014; Edlund, 2002; Heggestad et al. 2013). Andre rapporterer at de opplever mangel på frihet og hjemlengsel når de bor på sykehjem (Nortvedt & Slettebø, 2013). En beboer beskrev det slik: ”Like a prison without bars”. I studien til Eriksen et al. (2016) kom det frem at personer med demens erfarer at det oppstår en avstand mellom dem og menneskene rundt. De blir avhengige av andre, erfarer å være en byrde og blir behandlet på en paternalistisk måte; mister retten til å bestemme over seg selv, blir ekskludert, blir lurt eller behandlet som et barn (Eriksen et al., 2016). Disse forskningsfunnene tyder på at lovverket og de yrkesetiske retningslinjene ikke blir fulgt i praksis.

De nevnte funnene er oppsiktsvekkende og tyder på at de gamle pleietradisjonene som Kitwood (1997) ville bøte med, lever i beste velgående. Dette peker på viktigheten av det Martinsen (1990; 2003) løfter frem om de ulike aspektene ved omsorg og hvordan kombinere svak paternalisme med en genuin interesse for gjøre det som gagner pasienten mest mulig. Det krever, som Kitwood (1997) presenterte, et skifte i holdningene som helsepersonell har til personer med demens. Myskjas (2013) historie tydeliggjør hva som må til for at personer med demens skal oppleve egenverd, nemlig at de må ses og tas hensyn til som de personene de er bak diagnosen, av mennesker som ønsker de vel.

Sykepleiere må gå fra å se demenssykdom som noe som gjør at personen til slutt ”forsvinner” og derav ha en teknisk tilnærming og betrakte personen som et objekt, til en personsentrert tilnærming som ivaretar personens verdighet til livets slutt (Kitwood, 1997). Dette støttes av funnene til Tranvåg et al. (2014) om at det som avgjør om personer med demens opplever å få sin verdighet ivaretatt eller ikke, er hvordan sykepleierne oppfører seg og hvilke holdninger de har.

Forskning viser at det sykepleierne selv mener de må gjøre for å ivareta personer med demens sin opplevelse av verdighet, er å støtte personens autonomi og integritet gjennom empati, å bekrefte deres egenverd og selvoppfatning, tilrettelegge for et meningsfullt miljø, samt balansere personenes rett til å ta valg og plikten til å gjøre valg på vegne av personen (Tranvåg et al, 2013). Tranvåg et al. (2013) skriver at egenverd og opplevelsen av selvet er spesielt viktig for personer med demens.

Mens sykepleierne er reflekterte rundt hva det er som bidrar til opplevelse av verdighet hos personer med demens, viser likevel forskning at denne gruppen av personer opplever sin verdighet som truet. De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleiens grunnlag som respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Dette samsvarer imidlertid ikke med hvordan sykepleien utøves i praksis.

Så hva er den riktige tilnærmingen til pasienten i en stellsituasjon? I følge Kristoffersen et al. (2011, s. 23) må sykepleieren hele tiden gjøre observasjoner og benytte blikket, hørselen og hendene for å kunne gjennomføre stell på den måten som er best for pasienten. Gjennom å observere ansiktsuttrykk og kroppsholdningen kan hun fornemme pasientens tilstand. Dette er spesielt viktig dersom pasienten med demens har afasi og dermed mistet evnen til å uttrykke seg verbalt. Kristoffersen et al. (2011, s. 23) peker på hvordan stemmebruk, blikkontakt og hendene kan formidle omsorg og omtanke. For eksempel kan et bestemt, men forståelsesfullt blikk og en tydelig og rolig stemme være betydningsfullt for pasienten, og sykepleierens håndlag kan formidle varsomhet og omtanke og forebygge smerte. Brå og hardhendt behandling kan derimot være smerteutløsende og føles ubehagelig. Sukk og ynk fra pasienten gir signaler om å være enda varsommere ved berøring. Samtidig vil bevisst bruk av hendene gi sykepleieren viktig faglig informasjon om pasientens tilstand. Videre mener Kristoffersen et al. (2011, s. 25) at det å vise respekt for pasienten bluferdighet er sentralt for å ivareta

pasientens verdighet. Stellet bør gjennomføres uten at pasientens kropp blir utsatt for unødvendig nakenhet og innsyn fra utenforstående og sykepleieren bør dekke til kroppen og skjerme pasienten. Kristoffersen et al. (2011, s. 25) skriver at å ligge naken og avkledd øker opplevelsen av å være hjelpeløs og sårbar, og er respektløs og krenkende atferd fra personalets side. Tannpuss er en viktig del av det daglige stellet for å forebygge tannproblemer og fremme velvære (Eide & Eide, 2007). Mange personer med demens trenger assistanse og da gjelder det for sykepleieren å forholde seg tålmodig, vennlig og rolig, som Eide og Eide (2007, s. 388) påpeker.

## 4.2 Det relasjonelle aspektet

Omsorgens relasjonelle aspekt oppnås mellom to parter der den ene har behov for omsorg, og den andre gir omsorg (Martinsen, 2003). I en stellsituasjon har pasienten behov for hjelp til å dekke sine grunnleggende behov for hygiene og velvære, og sykepleieren gir hjelpen. Slike profesjonelle relasjoner er i utgangspunktet kjennetegnet ved asymmetri; den ene parten er forpliktet til å yte omsorg i kraft av å ha et yrke og utøve en funksjon, og kan ikke forvente å få noe igjen av den hjelpetrengende part (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 85). Det asymmetriske tydeliggjøres i relasjonen sykepleier har til en person med demens, da personen har symptomer som svekker ikke bare evnen til å kommunisere og formidle egne behov og ønsker, men også forståelsen for egne behov (Engedal & Haugen, 2009). Dette gjør pasientgruppen sårbar og dermed stilles det større krav til sykepleier og hvordan hun ivaretar verdigheten hos hver enkelt.

På sykehjem kan relasjonene mellom sykepleiere og pasienter bli personlige og vare over lang tid. I slike situasjoner er det i følge Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 87) særlig viktig med menneskelig varme og omtanke i tillegg til faglig kyndighet, da dette bidrar til helse, velvære og trygghet. Dette understrekes i studien til Tranvåg et al. (2014) hvor personer med demens uttrykte at noe av det viktigste for dem er menneskelig varme og forståelse og å bli møtt som et likeverdig menneske. Personer med demens som bor på sykehjem, vektlegger altså i stor grad relasjonen de har til sykepleierne. Dermed blir sykepleierens evne til relasjonsbygging viktig for at pasientens verdighet skal ivaretas.

Når det ovennevnte legges til grunn, blir en stellsituasjon i stor grad påvirket av hvordan sykepleieren skaper kontakt med pasienten. de Vocht et al. (2015) sin forskning viser at så lite som 30 minutter med en-til-en-kontakt hvor sykepleier stimulerer og vier sin oppmerksomhet til pasienten med genuin interesse, har positiv effekt på atferden til personer som er totalt avhengige av pleie som følge av demens. Deres evne til blikkontakt, berøring og respons på snakking ble forbedret. Sykepleierne i studien rapporterte at beboerne virket mer avslappet og mindre urolige etter en slik intervensjon (de Vocht et al., 2015). Pleietrengende personer med demens responderer altså på menneskelig kontakt når de tilnærmes på en måte som ivaretar deres ressurser og behov: "Nurses reported how the 'right' approach could elicit responses from residents that the nurses did not expect them to be capable of, with residents sharing feelings with the nurse and clearly valuing the interaction," skriver de Vocht et al. (2015). Dette kan vi gjenkjenne i fortellingen til Myskja (2013) om Ingrid i korridoren som blir et sprudlende vesen når hun blir ivaretatt av pleiere som bryr seg om henne, men mørk i blikket og urolig når hun ikke blir tatt hensyn til.

For å skape og etablere en god relasjon, mener Martinsen (2003) at sykepleieren må ha empati slik at hun kan sette seg inn i den enkelte pasients situasjon. Det å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer imidlertid at vi selv også påvirkes av den andre personens situasjon, og vår følelsesmessige involvering har betydning for hvordan vi forstår denne situasjonen og personens egen opplevelse av den (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 92).

Det kommer imidlertid frem i studien til Heaslip og Board (2012) at sykepleiere ikke ønsker å involvere seg emosjonelt i pasientene med demens. Man kan spørre seg hva årsakene til dette er og hva vil det gjøre med pasientenes rettighet til helhetlig omsorg. Det å være vitne til hvordan en progressiv degenerativ sykdom utvikler og forverrer seg, oppleves som belastende. Heaslip og Board (2012) foreslår at det å 'skru av' følelsene sine vil for sykepleiere være hensiktsmessig for ikke å konfronteres med pasientens sårbarhet og dermed unngå utbrenthet. Det blir altså en beskyttelsesmekanisme for å verne om egen sårbarhet. Det kan imidlertid føre til at sykepleieren kun fokuserer på det kliniske aspektet ved pasienten og ikke den helhetlige og omsorgsgivende siden ved sykepleie. Det er rimelig å si at dette igjen kan føre til at hun blir mindre sensitiv overfor pasientens signaler. I en stellsituasjon vil dette kunne vise seg ved at sykepleieren overtar arbeidet for pasienten fremfor å stimulere

pasienten til å bruke sine ressurser til å gjennomføre det han eller hun klarer av stellet selv. Dersom vaskekluten i ansiktet er for kald eller for varm og pasienten lager grimaser, vil sykepleieren kunne overse dette fordi hun ikke er tilstede sammen med pasienten i pasientens situasjon. Slikt kan skade relasjonen.

### 4.2.1 Kommunikasjonens betydning

Kommunikasjon er viktig for relasjoner (Eide & Eide, 2007). I følge Eide og Eide (2007, s. 391) kan kommunikasjon med personer med demens imidlertid by på særlige utfordringer. Det er naturligvis avhengig av hvilke symptomer som er fremtredende hos den enkelte, men generelt kan symptomer som svekkede kognitive funksjoner, som forståelse, hukommelse, læringsevne og språkevne, gjøre kommunikasjonen vanskelig. Norberg (2016) peker på demens som en trussel mot menneskets identitetsverdighet, som innebærer nettopp at vansker med kommunikasjon og hukommelse kan føre til at personene mister opplevelsen av egen identitet. Poenget hennes er at det er mye vi kan gjøre for å hjelpe personer med demens til å føle seg viktige og verdifulle. Først og fremst er det viktig å styrke deres opplevelse av seg selv og sin identitet, noe sykepleieren kan gjøre ved å vise at ”jeg ser deg”, ”jeg lytter til deg”, ”jeg bryr meg om din mening” (Norberg, 2016). Dette er i tråd med det Kristoffersen et al. (2011, s. 24) skriver om at å bli lyttet til gir en opplevelse av å bli tatt på alvor og å være verdifull som menneske. Eide og Eide (2007, s. 392) kaller det bekreftende tilbakemeldinger. Det viser at sykepleieren ser personen og slik bidrar hun til å styrke personens selvfølelse og dermed hjelpe ham eller henne til å være i kontakt med seg selv (Eide & Eide, 2007, s. 393). Som andre, kan også personer med demens ha gode grunner til å bli sinte, fortvilet, redde eller lei seg (Eide & Eide, 2007, s. 392). Det er viktig at sykepleieren tar slike reaksjoner på alvor og viser respekt og forståelse. Det er imidlertid ikke alltid åpenbart hva det er som ligger til grunn for slike følelsesmessige reaksjoner hos personer med demens, så derfor blir sykepleierens vilje til å lytte aktivt til det personen prøver å formidle, møte personen på hans eller hennes premisser og trene seg i å tolke hva vedkommende faktisk trenger og ønsker, viktig for relasjonen og for å ivareta pasientens opplevelse av verdighet.

Eide og Eide (2007, s. 383) fremhever interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt som det viktigste for å få god kontakt og å kunne kommunisere godt, samt at man må være i stand til å se det unike ved den personen man står overfor. Minnet kan bidra til at personer med demens styrker sin identitet og får følelse av verdi og verdighet (Eide & Eide, 2007, s. 393). Det sykepleieren kan gjøre for å bidra til dette er å lære seg navn på personer og steder, viktige hendelser og interesseområder og bruke dette i kommunikasjon og relasjonsbygging med den andre, for eksempel i en stellsituasjon. Dette kan styrke graden av tillit i forholdet, noe Martinsen (1990, s. 64) peker på som en grunnverdi i omsorg. Gjennom et slikt engasjement vil sykepleieren gjøre seg fortjent til tilliten.

Kommunikasjon og samtale er viktig også fordi det gir pasienten mulighet til medbestemmelse og innflytelse på gjennomføringen av pleien (Kristoffersen et al., 2011, s. 24). I en stellsituasjon kan pasienten for eksempel oppleve en forskjell på det å bli snakket *til* og *med*. Det å bli snakket til viser at sykepleieren ikke anser personen som deltakende og likeverdig, mens det å bli snakket med viser at relasjonen er betydningsfull for begge parter. Blant det viktigste for ivaretakelsen av verdighet, er i følge personer med demens å bli møtt som et likeverdig menneske (Tranvåg et al., 2014). Dette kan sykepleier gjøre ved å spørre pasienten hvordan han eller hun ønsker å ha det. Slik blir pasienten inkludert og dersom pasienten ikke er i stand til å gjøre rede for dette, må hun bruke sin evne til empati til å utøve pleien slik hun tror pasienten ville hatt det. Det handler altså om å skape en relasjon til pasienten som kjennetegnes av trygghet, varme og tillit, å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

## 4.3 Det praktiske aspektet

Personer med demens blir vanligvis mer og mer avhengige av hjelp etter hvert som sykdommen progredierer (Demens, 2015). I sykdommens siste fase er de fleste totalt pleietrengende med symptomer som balansesvikt, inkontinens, afasi og agnosi. Dette tilsier at pasienten er sårbar og har begrenset evne til å forklare og forsvare seg, formulere ønsker og behov og å samarbeide når pleien gis. Derfor blir måten sykepleien utøves på avgjørende for

opplevelsen av verdighet hos denne pasientgruppen. Dette forutsetter at sykepleiens og demensomsorgens verdier og idealer blir ivaretatt av sykepleier. I følge Kristoffersen og Nortvedt (2011, s. 105) må sykepleieren handle ut fra sannsynlig kunnskap om hva pasienten selv ville ha ønsket.

Martinsen (1990, s. 75) mener at sykepleien skal utøves med sensitivitet og genuin interesse for den andres velbefinnende. En pleietrengende person med demens må ha tillit til sykepleieren, noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til ved å ta i mot personens utleverthet med åpenhet og forståelse (Martinsen, 1990, s. 70-72). Når sykepleieren for eksempel skal assistere pasienten i tannpuss under kveldsstellet, kan demenssymptomene gjøre at han eller hun ikke forstår hva tannbørsten skal brukes til, og kan begynne å gre seg i håret med den, eller smøre tannpastaen i hånden eller på vasken. Da gjelder det for sykepleieren å godta dette og forholde seg rolig og vennlig. Om hun derimot blir irritert på pasienten, vil situasjonen kunne oppleves utrygg og tilliten til sykepleieren blir brutt. Da har ikke sykepleieren tatt i mot pasientens utleverthet med åpenhet og forståelse. Derfor blir tålmodighet og varme viktig i en slik situasjon for å ivareta pasientens tillit. Sykepleieren kan demonstrere tannpussebevegelsene for å hjelpe pasienten å forstå og rolig og bestemt føre pasienten på rett vei. Plutselig kan pasienten ta tannbørsten og pusse tenne, raskt og ivrig, slik vedkommende alltid har gjort (Eide & Eide, 2007, s. 388). Dersom pasienten trenger hjelp for å gjøre tannpussen skikkelig, må sykepleieren ta over etter hvert slik at tannproblemer ikke oppstår. Dette kan hun gjøre ved å tilby sin hjelp, overholde hygieniske prinsipper og utføre arbeidet på en skånsom og effektiv måte. Det er viktig at pasienten selv får prøve å gjennomføre jobben, både for mestringsfølelse og for at vedkommendes ressurser skal ivaretas (Lillekroken et al., 2015).

Sykepleien skal også være personsentrert slik at fokus endres fra å kun se sykdommen og funksjonssvikten som kommer av demens, til fokus på det unike ved personen og forståelse av den enkeltes opplevelse og håndtering av sitt liv med sykdommen (Kitwood, 1997). Sykepleieren må ha kjennskap til pasienten og være oppmerksom på vedkommendes signaler. Da jeg observerte en sykepleier utføre morgenstell, satt pasienten naken på do og viftet med tærne og smilte og lo, mens sykepleieren smurte føttene hennes med krem. For henne var morgenstellet med denne sykepleieren noe av det hyggeligste som skjedde i løpet av dagen. Det var fordi sykepleieren kjente henne godt og utstrålte en energi og en vennlighet som

gjorde at hun kom i godt humør. En sykepleier som kun ser sykdom og funksjonssvikt, vil kunne hardhendt sette en pasient på do uten å tenke over at vedkommende ikke forstår hvor han eller hun er blitt plassert, og så plutselig begynne å gni en våt klut i ansiktet uten å la pasienten selv få prøve å vaske fjeset sitt. Det gjelder for sykepleier å involvere pasienten i alt som skjer og la håndlaget sitt uttrykke omsorg og omtanke, ikke hensynsløshet og dårlig tid. Hun må også møte pasienten ut fra den tilstanden han eller hun er i. Dersom pasienten ikke begriper hvorfor han eller hun er naken nedentil og heller ikke hvor han eller hun er blitt plassert, kan det føre til reaksjoner som engstelse og irritasjon. Dette kan komme av at pasienten opplever sin verdighet som krenket av sykepleier og dermed er tilliten brutt.

Den faglige kompetanse til sykepleieren kommer altså til uttrykk gjennom evnen til empati og sanselige forståelse som hun bruker for å innhente informasjon om pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 23). Hennes holdninger uttrykkes gjennom grad av tålmodighet og respekt. Begge deler er avgjørende for opplevelsen av verdighet hos pasienten når sykepleie utøves i en stellsituasjon. I den grad personer med demens opplever at sin verdighet blir ivaretatt kan i og for seg avgjøres av graden av tillit som sykepleierne viser seg verdig til å motta (Martinsen, 1990, s. 72). Samtidig må personer med demens finne verdighet i det å motta hjelp (Edlund, 2002; Eriksen et al., 2016). Da må de ikke føle seg som en byrde. Derfor er det viktig at sykepleien tilpasses den enkelte pasient, og at sykepleieren tar seg tid og gir genuin omsorg. Dette er i tråd med velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann et al., 2012).

## 4.4 Det moralske aspektet

Det å havne i en situasjon hvor man er avhengig av og tvinges til å ta i mot hjelp, kan føles krenkende og true ens verdighet (Edlund, 2002, s. 73-78). Pasienten blir nødt til å gi slipp på verdien om uavhengighet og viktigheten av å klare seg selv, forsone seg med den nye situasjonen og tillate seg å ta i mot hjelp fra andre. Verdien om uavhengighet må erstattes av en ny verdi, nemlig verdien i det å få hjelp, og dermed kan man gjenopprette sin verdighet (Edlund, 2002, s. 73-78). Men hva skjer når det å få hjelp blir problematisk fordi en føler seg som en byrde? Verdighetskrenkelsen som skjer i overgangen mellom å være selvhjulpen til å bli avhengig på grunn av sykdom, er altså ikke den eneste, og hos noen blir det ekstra

vanskelig å gjenopprette sin verdighet. Forskning viser nemlig at det for mange personer med demens er vanskelig å føle seg verdig når de bor på sykehjem (Eriksen et al., 2016; Heggestad et al., 2013). Dette tydeliggjør hvor viktig moral er i relasjonen mellom sykepleier og pasient, da det er her makt utspiller seg gjennom måten sykepleieren er til stede på i forholdet til den andre (Martinsen, 1990, s. 66). Det er altså sykepleierens holdninger som påvirker relasjonen og pasientens situasjon (Martinsen, 1990, s. 92).

Funnene til Eriksen et al. (2016) er eksempler på det Martinsen (1990) kaller sterk paternalisme, hvor sykepleiers sensitivitet for pasienten er borte. Kitwood (1997, s. 46) kaller det ondartet sosialpsykologi. Det som er felles, er at pasientene blir behandlet på en måte som undergraver deres identitet og verdighet. Mine egne erfaringer fra sykehjem er også eksempler på det jeg opplevde som paternalistisk omsorg. Den ene pasienten fikk ikke muligheten til å velge hva hun ønsket å spise og ble snakket over hodet på. Angående den andre pasienten møtte jeg holdninger hos sykepleier som tilsa at pasienten ikke skulle få ha samtaler om det som opptar henne og holdes borte fra fellesskapet, og dermed isoleres. Slik atferd ses også i stellsituasjoner, for eksempel at sykepleieren lar pasienten ligge naken i sengen mens han eller hun blir vasket. Ikke bare blir pasientens kropp blottstilt, vedkommende risikerer også å ligge og fryse. Det er ukomplisert å tenke seg at pasienten føler seg lite verdifull i en slik situasjon. Gjennom slike handlingsvalg viser sykepleieren ubetenksomhet og mangel på empati, og utøver sykepleie som for pasienten oppleves nedverdigende. Hun burde lukke vinduer og dører og sørge for å skjerme pasienten før hun kler av vedkommende, sørge for tilstrekkelig varmt vaskevann og dekke til kroppsdeler under vaskeprosessen. Omtanke, vennlighet og respekt bør uttrykkes gjennom væremåten hennes. Slik ivaretas pasientens verdighet i en slik situasjon.

Hva gjør det med en person å bli møtt med holdninger som undergraver egen verdighet hver dag, hele året? I følge Engedal og Haugen (2009) påvirkes eldres fysiske og psykiske fungeringsevne i større grad enn yngres av psykologiske og sosiale forhold. De snakker om en sammenheng mellom en livssituasjon preget av understimulering og passivitet og dårligere fysisk og mental fungering: ”Hukommelsesevne er i stor grad avhengig av faktorer som fysisk og mental aktivitet, engasjement og livsutfoldelse,” (Engedal & Haugen, 2009, s. 30-31). Selv om deres poeng er at det derfor kan være vanskelig å skille mellom hva som er normale aldersforandringer og hva som er tegn på sykdom, er det belegg både i forskning og ut i fra

egen erfaring for å hevde at det finnes en sammenheng mellom personer med demens sin fungeringsevne og muligheter for livsutfoldelse og det miljøet de er en del av på sykehjemmet.

På den ene siden kan pasienten bli utsatt for understimulering og passivitet, og dermed dårligere fysisk og mental fungering, ved at sykepleieren utøver sterk paternalisme og unndrar personen å ta i bruk sine ressurser, ikke lar han eller hun ha retten til å bestemme over seg selv og passiviserer vedkommende. Pasienten blir ikke tatt hensyn til som en helhetlig person. Dette er i tråd med Myskjas (2013) historie om Ingrid som har demens, hvor han observerte hvordan hun ble en helt annen person når hun ikke ble sett som den hun er. Hun ble forvirret og aggressiv med et urolig kroppsspråk. Det virker altså som at demenssykdommen og dens symptomer har et sterkere tak på Ingrid når hun ikke blir tatt hensyn til. Heldigvis kunne vi lese at Ingrid vanligvis har helsepersonell som kjenner henne rundt seg. De møter, ser, forstår og hjelper henne.

De fleste av oss har visse rutiner i vårt eget morgenstell. Også personer med demens har hatt slike rutiner før de ble beboere på sykehjem og prisgitt sykepleierens hjelp til å utføre stellet. Dersom sykepleieren anser sin rolle som å overta for pasienten og utføre stellet på egne premisser, vil det ikke bare hindre pasienten i å ta i bruk sine ressurser, det han eller hun fortsatt er i stand til å utføre på egenhånd, det vil også undergrave det unike ved personen og svekke opplevelsen av seg selv og egen identitet (Norberg, 2016). Følelsen av å ha kontroll over eget liv kan bli borte. I studien til Lillekroken et al. (2015) uttrykte en sykepleier det slik: "… It is possible to help too much too; you do everything, you cut the food and you dress them, brush their teeth, you mean well – but in fact, you are taking something from them, the part they actually manage to do by themselves." Selv om pleiepersonalet mener godt, kan det likevel i praksis dreie seg om sterk paternalisme, da sykepleierens hjelpebehov fører til at pasienters ressurser blir unndratt dem. På bakgrunn av dette ses viktigheten av at sykepleier er bevisst balansen mellom å hjelpe og ta hensyn til pasienten som en helhetlig person, og hvordan hun påvirker den.

På en annen side kan sykepleieren utøve svak paternalisme og personsentrert omsorg. Da vil stellet fremstå som stimulerende og hyggelig for både pasient og sykepleier. Denne formen for sykepleie innebærer nemlig å støtte pasientens ressurser (Lillekroken et al., 2015),

bekrefte egenverd og selvoppfattelse og respektere pasienten som et individ selv om vedkommende har en demenssykdom (Tranvåg et al., 2013). Av dette følger at svak paternalisme må overordnes prinsippet om pasientens autonomi, som Martinsen (1990, s. 73-74) argumenterer for. Hun mener at det da må være en autoritetsstruktur hvor sykepleier har nødvendig kunnskap om pasientens tilstand som pasienten selv ikke har, og dermed vet bedre hva som er til hans eller hennes beste enn det vedkommende selv gjør. Et engasjement og en sensitivitet som vil gagne pasienten mest mulig, må også være til stede (Martinsen, 1990).

### 4.4.1 Balansen mellom autonomi og svak paternalisme

Hos personer med demens er balansen mellom autonomi og svak paternalisme spesiell, fordi det dreier seg om deres evne til selvbestemmelse da svikt i kognitive funksjoner er et hovedsymptom. Eksempelvis, dersom en pasient under morgenstellet reiser seg på egen hånd fra rullestolen med den hensikt å gå til toalettet et stykke unna, kan han eller hun risikere å falle på grunn av balansesvikt. Pasientens handling uttrykker en manglende forståelse for egen situasjon, og sykepleier må hindre at pasienten faller og skader seg. Sykepleieren handler på grunnlag av ikke-skade-prinsippet. Denne handlingen kan imidlertid true pasientens autonomi, men her vurderes det slik at ikke-skade-prinsippet har forrang. Sykepleier skal imidlertid ta hensyn til pasientens autonomi i situasjonen og gjøre konsekvensene av å måtte tilsidesette prinsippet om autonomi, minimale (Brinchmann, 2012). Dette kan hun gjøre ved for eksempel å fysisk støtte pasienten i det han eller hun reiser seg fra rullestolen, være vennlig og si at ”nå tar vi oss en liten spasertur bort til toalettet” og hele tiden være observant på pasientens evne til å gå, når han eller hun blir sliten og sørge for at det er en rullator med sittemulighet i umiddelbar nærhet. I slike situasjoner blir sykepleiers fleksibilitet og kreativitet viktig for ivaretagelsen av verdigheten til pasienten (Lillekroken et al., 2015). I motsatt fall kan sykepleieren for eksempel reagere på at pasienten reiser seg fra rullestolen med å føre vedkommende strengt ned igjen og si at ”jeg sa du skulle vente”. Pasienten mangler imidlertid forutsetningene for å forstå handlingen og utsagnet. Det handler altså om at sykepleieren med sin innlevelsesevne og kunnskap om demenssykdom skal handle deretter, noe som ikke bare krever at hun er fleksibel, men også anerkjenner pasientens

autonomi i vedkommendes avhengighet. Ut i fra dette vurderer jeg det slik at Martinsens (1990) konsept om svak paternalisme bidrar til at personer med demens får sin verdighet ivaretatt.

Studien til Tranvåg et al., (2013) bekrefter at helsepersonells evne til å balansere individuelle valg blant personer som ikke lenger er i stand til å ta selvstendige avgjørelser mot plikten til å gjøre valg på vegne av personen, er avgjørende for om omsorgen for personer med demens er verdighetsbevarende eller ikke. Dersom helsepersonellet finner denne balansen, utøves altså svak paternalisme og verdigheten til pasienten med demens ivaretas. Sykepleiere kan imidlertid møte store etiske dilemma når de har ansvar for å beskytte pasientens rett til å ta avgjørelser samtidig som de har plikt til å sørge for at deres grunnleggende behov blir ivaretatt (Tranvåg et al., 2013). Et eksempel på hvordan aktiv støtte av individuell autonomi alene kan true personens verdighet, blir uttrykt i det følgende sitatet av en sykepleier: ”You can’t let a patient lay in bed with a diaper full of excrement just because they don’t like to be washed and changed,” (Rognstad & Nåden, 2011, sitert i Tranvåg et al., 2013). Sykepleieren uttrykker i sitatet en tanke som vektlegger pasientens beste, altså velgjørenhetsprinsippet. Derav må autonomiprinsippet vike. I slike situasjoner blir sykepleierens holdninger tydelige, for i motsetning til å tenke på pasientens beste, kan hun tenke på sitt eget beste, som kanskje er å slippe i skifte bleien. Da kamuflerer hun sin selvopptatthet ved å vektlegge pasientens generelle rett til autonomi.

Avslutningsvis kan det sies at det som avgjør om en sykepleiers intervensjon hos en person med demens er preget av svak eller sterk paternalisme, er hennes opplevelse av sitt moralske ansvar overfor pasienten, hennes holdning til selve intervensjonen og til personen med demens; om hun har sensitivitet og genuin interesse for pasienten eller om holdningen er preget av ’likegyldighet’ og ”jeg er her kun for å gjøre en jobb” (Martinsen, 1990; Heaslip & Board, 2012).

# 5. Konklusjon

I denne litterære oppgaven har jeg undersøkt og drøftet hvordan sykepleier kan ivareta personer med demens sin verdighet på sykehjem. Jeg har innhentet sykepleiefaglig forsknings- og faglitteratur og drøftet denne opp mot Martinsens omsorgsteori og med stellsituasjon som gjennomgående tema.

Funnene i forskningsartiklene viser at sykepleiere har en sentral rolle i hvordan personer med demens opplever sin verdighet. Hennes holdning og væremåte sies i flere av studiene å være grunnleggende når det gjelder om verdigheten ivaretas eller ikke.

Sykepleieren er forpliktet til ikke å la forhold ved pasienten påvirke hvordan hun oppfører seg mot ham eller henne. Det forskning viser truer verdigheten til personer med demens, er imidlertid en pleiekultur som reduserer individene i denne pasientgruppen til en sykdom som må håndteres. Det oppstår en spesiell avhengighet som følge av demenssykdommens ulike funksjonssvikt. Avhengighet er imidlertid noe vi alle må forholde oss til i kraft av å være mennesker. En står likevel igjen med et synspunkt som sier at det nettopp er denne avhengigheten som sykepleieren ikke alltid evner å respektere. Det handler om ubetenksomhet og mangel på innlevelse i den enkelte pasients situasjon.

Personer med demens er en sårbar pasientgruppe. Det stiller ekstra store krav til at sykepleierens holdninger og væremåte er preget av verdier som respekt, empati, tålmodighet og engasjement. På sykehjem er de prisgitt sykepleierens holdninger og væremåte for å få sin verdighet ivaretatt. I stellsituasjoner blir avhengighetsforholdet mellom sykepleier og pasient tydelig. Om stellet føles verdig eller ikke for pasienten avgjøres i stor grad av sykepleierens evne til å bygge en god relasjon, kommunisere og å samhandle med pasienten.

Svak paternalisme kombinert med personsentrert omsorg fremstår som den mest verdighetsbevarende formen for demensomsorg. Det tilsier at sykepleieren bekrefter og respekterer pasienten som en unik og likeverdig person samtidig som hun gjør valg på vegne av personen med hensikt om å gagne vedkommende best mulig. Hun må ha en forståelse for at det bak alle funksjonstap fortsatt befinner seg et helt menneske, med en unik livshistorie og

bakgrunn og spesielle ønsker og behov. Dette gjøres ved at hun lærer seg å kjenne pasientens personlighet og måter å uttrykke seg på, slik at hun kan tolke vedkommendes signaler. Hun må tilpasse sine kommunikasjonsferdigheter til den enkelte og kjenne til hans eller hennes bakgrunn og livshistorie. Slik kan hun nå inn til pasienten gjennom samtale og beskytte hans eller hennes følelse av identitet, samt bygge en god relasjon. Av funksjonssvikten kan personer med demens sin egen opplevelse av verdighet bli truet. Derfor er det viktig at sykepleieren jobber for å støtte personens ressurser og opplevelse av egen identitet. Da må hun unngå å stille krav og ikke legge vekt på feil.

Omsorgsbehovene er store hos sykehjemspasienter med demens, og de vil bli større i fremtiden. Verdighet er en verdi som sykepleiere i større grad bør bli bevisst og ha et aktivt forhold til i samhandlingen med pasienten. Dersom grunnleggende psykiske og sosiale behov hos pasienten blir møtt, blir også hans eller hennes verdighet ivaretatt.

## Litteraturliste


Alzheimer Europe 2014. *The Prevalence of Dementia in Europe*. Hentet fra http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/(language)/eng-GB

Brooker, D. (2006). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley Publishers

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Demens. (2015). *Norsk legemiddelhåndbok*. Hentet fra http://legemiddelhandboka.no/terapi/8851

Edlund, M. (2002). *Människans värdighet. Ett grundbegrep inom vårdvetenskap* (Doktorgradsavhandling, Åbo Akademi), Åbo Akademi Forlag, Vasa

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens – fakta og utfordringer* (5. utg). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Eriksen, S., Helvik, A.-S., Juvet, L. K., Skovdahl, K., Førsund, L. H. & Grov, E. K., (2016). The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 42*, 342-368.

FN, 1948. FN-Sambandet. Hentet fra http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaering-om-menneskerettigheter

Heaslip, V. & Board, M. (2012). Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21, 912-916, nr. 15

Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P. & Slettebø, Å. (2013). 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 881-892

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven

de Vocht, H. M., Hoogeboom, A.M.G. M., van Niekirk, B. & den Ouden, M. E.M. (2015). The Impact of Individualized Interaction on the Quality of Life of Elderly Dependent on Care as a Result of Dementia: A Study with a Pre-Post Design. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39, 272-280

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Nina J. Kristoffersen, Eli-Anne Skaug & Finn Nortvedt (Red.). Grunnleggende sykepleie Bind 1. S. 83-127. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I Nina J. Kristoffersen, Eli-Anne Skaug & Finn Nortvedt (Red.). Grunnleggende sykepleie Bind 1. S. 15-28. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. (2015). Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3129-3137

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Karen Jensen (Red.). *Moderne omsorgsbilder* (s. 62-67). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin – historisk-filosofiske essays (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm Forlag AS

Norberg, A. (2016). Identitetsverdighet hos personer med demens. *Demens og alderspsykiatri*. 20(4), 26-34. Hentet fra http://www.aldringoghelse.no/tidsskriftet/identitetsverdighet-hos-personer-med-demens

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven

Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22(9)*, 843-849

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forslag AS

Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I Anne Marie Mork Rokstad & Kari Lislerud Smebye (Red.). *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 13-24). Oslo: Akribe AS

Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861-880

Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2014). Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. *Nursing Ethics*, 22(5), 577-593

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426

Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) - langversjon*. Hentet fra http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7959

Wyller, T. B. (2015). *Geriatri – en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS