

BACHELOROPPGÅVE

Samtykkekompetanse - på godt og vondt

«Korleis kan ein sjukepleiar legge til rette relasjon for å ivareta autonomien og sjølvråderetten til ein pasient med demens?»

Av

Kandidatnummer: 41

Namn: Anne Grete Husebø

"How can nurses facilitate relationship to maintain autonomy and self-determination for a patient with dementia?"

Emnekode og namn: SK 152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 19.04.2013

Tal ord: 6960

Rettleiar: Siv Iren Juklestad

Samandrag

Tittel:

Samtykkekompetanse – på godt og vondt

Bakgrunn for val av tema:

I mitt arbeid i helsevesenet har eg møtt demente pasientar som ikkje kan ivareta eiga omsorg. Dette er pasientar som framleis har samtykkekompetanse, men ligg i grenseland for om dei er kompetente til å behalda dette. I dei aller fleste tilfella ser ein at det ligg ein diagnose som til dømes demens til grunn for at dei ikkje klarar dette (Jonsen & Smebye 2008). Pasientane gjev klart uttrykk at dei er klar over kva rettigheter dei har og dei tek avgjersler som går på tvers av det som er hensiktsmessig for å ivareta grunnleggande behov. Ein ser at det skjer ein svikt i pasientens eigne ressursar som fører til at det å ivareta eiga helse og dekkja grunnleggande behov uteblir. Å ha ein relasjon til pasienten er basert på at sjukepleiaren klarar å skapa tillit og klarar å tolka dei signal som pasienten sender. På den måten kan sjukepleiaren legg til rette for at pasienten føler seg ivareteken ved at autonomi og sjølvråderett står i fokus.

Problemstilling:

«Korleis kan ein sjukepleiar legge til rette relasjon for å ivareta autonomien og sjølvråderetten til ein pasient med demens?»

Framgangsmåte:

Dette er ein litterær oppgåva då det er brukt litteratur frå pensum, sjølvvalt pensum og forskingsartiklar. Eg har brukt bøker som tek for seg kommunikasjon, relasjon og samhandling, då spesielt knytt opp mot personar med demens. Av anna litteratur er det etikk, juss og faglege retningslinjer med tanke på autonomi, sjølvråderetten og samtykkekompetanse.

Oppsummering:

I denne oppgåva ynskjer eg å sette fokus på korleis ein sjukepleiar kan ivareta pasientens grunnleggande behov, autonomi og sjølvråderett. Det er då viktig å knyta det opp mot sjukepleiefag, etikk og juss, for å oppnå eit grunnlag for allianse med den demente.

Summary

Title:

Consent Expertise - for better or worse

The Background for the choice of topic:

In my work in healthcare, I have met people with dementia who can not attend to their own care. These are patients who still have to consent, but are on the borderline of whether they are competent to preserve this. In most cases we see that there is a diagnosis, as for example dementia, that causes this (Jonsen and Smebye 2008). Patients make it clear that they are aware of their rights and make decisions contrary to what is practical in order to maintain basic needs. We see that there is a failure in the patient's own resources and that the ability to take care of own health and basic needs are absent. In order to have a relation with the patient it is important that the nurse is trusted and manages to interpret the patients signals. In this way the nurse can make the patient able to feel preserved, and where autonomy and self-determination are in focus.

Problem:

“How can nurses facilitate relationships to maintain autonomy and self-determination for a patient with dementia?”

Procedure:

This is a literary thesis where I have used literature from the curriculum, self-selected reading and research articles. I have also used books that are about communication, relationship and interaction, especially linked to persons with dementia. Other literature topics are ethical, legal and professional guidelines in terms of autonomy, self-determination and consent expertise.

Summary:

In this thesis I wanted to focus on how a nurse can attend to the patient's basic needs, autonomy and self-determination. It is important to the tie-ins to the Nursing, ethics and law, to obtain a basis for alliance with the demented.

Noe

Å lytte

til ordene

fra det andre mennesket

kanskje ikke alle ordene

men til dem som kommer dumpende

nærmest av vanvare, lytte

til klangen

til smilet i stemmen

hvis den smiler

eller den brutte tonen

i ordet som aldri skulle vært sagt

lytte

til pausen som plutselig er der

plutselig er for lang

og munnviken som skjelver umerkelig, for

det er et eller annet

bakenom

noe bittelitt kanskje

og meget ensomt

noe er det

noe...

av Carl Fredrik Prytz (1978). (Kristoffersen & Nortvedt, s.151)

Innholdsliste

| | |
|--|----|
| 1. Innleiing..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for val av tema | 1 |
| 1.2 Problemstilling | 2 |
| 1.3 Avgrensing av problemstilling | 2 |
| 1.4 Avklaring av omgrep i problemstillinga | 2 |
| 1.5 Oppbygginga av oppgåva | 3 |
| 2. Metode..... | 4 |
| 2.1 Framgangsmåte og val av teori | 4 |
| 2.2 Kildekritikk | 6 |
| 3. Teori | 7 |
| 3.1 Kva er vaskulær demens? | 7 |
| 3.1.1 Yngre personar med demens | 7 |
| 3.2 Tilrettelegging for sjølvråderett og autonomi i sjukpleie til demente | 8 |
| 3.3 Etikk og etiske refleksjonar i sjukepleien. | 9 |
| 3.4 Lovgrunnlag og retningslinjer for samtykkekompetanse | 10 |
| 3.5 Holdning i handling – kommunikasjon i samhandling med den demente | 12 |
| 3.6 Sjukepleieteori som ein tilnæringsmåte | 13 |
| 4. Drøfting | 14 |
| 4.1 Å skapa relasjonar med den demente for å oppnå ei god samhandling. | 14 |
| 4.2 Kommunikasjon som verkemiddel til auka sjølvråderett og autonomi | 16 |
| 4.3 Korleis kan sjukpleiar bruka etiske retningslinjer og juss for at pasienten skal få følelsen av autonomi og sjølvråderett. | 18 |
| 4.4 Å skapa allianse med den demente | 20 |
| 5. Veikskap og styrke | 21 |
| 6. Konklusjon | 22 |
| 7. Litteraturliste | 23 |

1. Innleiing

Demens er fellesnemnaren på ei rekke sjukdommar i hjernen som fører til ei kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Dette gjer til at evna til å utføra dagleglivets aktivitetar på ein tilfredstillande måte vert nedsett og ein kan sjå endring i sosial åtferd. I åra som kjem ser ein auke i førekomst av personar som utviklar demens og dette fører til utfordringar for det norske helsevesenet (Engedal og Haugen 2009). I Norge er det mellom 2000 og 3000 menneske under 65 år som vert råka av demens. Årsakene er dei same som når eldre får sjukdommen, men det er likevel nokre viktige forskjellar. Det er langt sjeldnare at yngre får det, og derfor er det vanskelegare å få stilt diagnosen demens. Livssituasjon er og heilt annleis enn hjå eldre som får påvist denne sjukdommen (Haugen 2012).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for at eg ville skrive om dette temaet var dei utfordringane me fekk på min arbeidsplass knytt til ein pasient med vaskulær demens. Pasienten var i byrjinga av 60 åra og var klar på sin sjølvråderett og autonomi. Over ein periode såg ein at dei grunnleggande behova ikkje lenger vart ivareteken av pasienten og tiltak for å ivareta grunnleggande behov var vanskeleg.

I ulike samhandlingar såg ein og kva haldningar personalet møtte den demente med. Det vart og ein del frustrasjon blant personalgruppa når ein ikkje kom til einigheit om ulike løysningar for å ivareta pasienten på best mogleg måte. Spesielt var det korleis nokon i personalet klarte å få til ei god samhandling med pasienten, medan andre ikkje klarte å skapa denne alliansen.

Utfordringane er korleis ein skal kommunisera og klara å tilnærma seg på ein slik måte at pasienten føler seg ivareteken. Samstundes prøver ein å få pasienten til å forstå viktigheita med det å få dekkja grunnleggande behov for å kunne fungera optimalt. I sjukepleien kan autonomien og retten til sjølvråderett bli krenka når helsepersonell går inn i slike situasjonar for å utøva si plikt til å gje hjelp til pasientar.

1.2 Problemstilling

Samtykkekompetanse – på godt og vondt

«Korleis kan ein sjukepleiar legge til rette relasjon for å ivareta autonomien og sjølvråderetten til ein pasient med demens?».

1.3 Avgrensing av problemstilling

Oppgåva har eit sjukepleiefagleg fokus. Den rettar seg mot korleis sjukepleiar på best mogleg måte kan legge til rette for at pasienten skal oppleva at autonomien og sjølvråderett vert ivaretatt. Fokuset er korleis ein sjukepleiar kan skapa allianse til pasientar med varierende eller manglande samtykkekompetanse. Eg har valt å nemne lovverket i forhold til å beskytta pasienten sin autonomi og sjølvråderetten når ein ikkje lenger har samtykkekompetanse.

1.4 Avklaring av omgrep i problemstillinga

Pasient er «ein person som henvendar seg til helsetenesta med anmodning om helsehjelp, eller som helsetenesta gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Østenstad 2011).

Autonomi har sitt opphav frå gresk og er sett saman av «autos» og «nomos». «autos» betyr sjølv og «nomos» regel eller norm. Det å bestemma om ein vil motta helsehjelp er forankra i autonomien til pasienten. Her kjem og sjølvråderetten inn og. Det handlar om retten til å kunna bestemma og ta eigne val over dei tinga som har betyding og innverknad på sitt liv (Østenstad 2011).

Med sjølvråderetten gir ein samtykke til om ein vil motta helsehjelp eller ikkje. I dette ligg det at ein er kompetent til å vurdere og ta eit val (Wifstad 2013).

1.5 Oppbygginga av oppgåva

Oppgåva er sett saman av 7 kapittel. Kapittel 2 omhandlar val av litteratur og ei beskriving av metoden som er brukt. I kapittel 3 kjem ein presentasjon av teorien. Her har eg belyst kva innverknad kommunikasjon, etikk og juss har for den demente sin autonomi og sjølvråderett. Vidare i kapittel 4 har eg drøfta korleis sjukepleiar kan legge til rette relasjon med utgangspunkt i problemstillinga. I kapittel 5 ser eg på svakheiter og styrker i oppgåva. Deretter vil kapittel 6 vera ei avslutninga med konklusjon på oppgåva. Kapittel 7 er oversikt over litteratur.

2. Metode

Mi oppgåve er ei litteraturstudie. Metode som framgangsmåte fortel oss korleis ein bør gå fram for å finna kunnskapen ein søker som kan løyse problemstillinga ein har i oppgåva. Metode blir eit reiskap ein brukar til å finna fram til den informasjonen som ein ynskjer til oppgåva (Dalland 2012). I oppgåva har eg gjennomført systematisk litteratursøking for finna kunnskap opp mot problemstillinga. Den er basert på allereie innhenta kunnskap og kan dermed dra nytte av andre si innsikt og meiningar opp mot mi problemstilling.

2.1 Framgangsmåte og val av teori

Artiklar:

For å finne relevante artiklar brukte eg systematisering og begrensingar i søket. Databasar som eg brukte var ASP, SVEMED+, COCHRANE LIBRART og PUBMED. Søke orda var informed consent, vascular dementia, ethics, autonomy. I søkinga på kvart ord var det i dei ulike databasen ein del treff på artiklar. Når eg sette alle orda saman fekk eg på ASP 3801 treff, 8 på PUBMED og 0 på dei andre. Av dei 8 artiklane på PUBMED var det to som var relevante for mi problemstilling og eg valde artikkelen «*Participation in dementia research: rates and correlates of capacity to give informed consent*». Dette er ein randomisert kontrollert studie der målet var å sjå nærmare på dei som deltek i ulike typar forskning innan demens, og korleis den kognitive vurderinga vart vurdert opp mot det å ha kapasitet til å samtykka til deltakelse på slik forskning.

På norske ord søkte eg på informert samtykke og autonomi i databasen SVEMED+. Eg fekk til saman 22 treff og blant desse fann eg ein artikkel som var relevant for problemstillinga. Artikkelen «*Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid*» er ein oversiktsartikkel der dei har sett på allereie innsamla litteratur om informert samtykke og autonomi og tolka desse opp mot dei nasjonale juridiske føringane på dette området. Her har dei greidd ut om dei sentrale etiske sider ved samtykke og sjølvråderett og kva dette betyr i klinisk praksis.

Eg har belyst artiklar eg har funne i *sykepleien.no* som går på utøving av sjukepleie opp mot problemstilling. Orda som eg brukte i søkeprosessen var samhandling, relasjon, demente, haldning og tilnærming. Dei artiklane som eg har tatt med er gjort fordi dei støttar under problemstillingar som eg dreg fram i drøftingsdelen i oppgåva mi ifrå ein sjukepleiar sin ståstad.

«*Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?*» Dette er ein artikkel der dei i metode for innsamling av kunnskap har brukt kvalitiv design med fokusgruppeintervju. Med denne undersøkinga har dei sett på kva betyding Marte meo-metoden har hatt for korleis personalet opplever meistring i vanskelege stellesituasjonar. Personalet har vurdert kva verdi ein slik metode har for si eiga meistringsfølelse i situasjonar som kan vera utfordrande å takla.

«*Samspillet mellom sykepleier og pasient*». Denne fagartikkelen har fokus på korleis ein sjukepleiar kan skapa godt samspel mellom pasientar og seg sjølv, og om det er mogleg å kombinera likeverdige mellommenneskelege forhold på tross av fagleg autoritet.

«*Etisk utfordrende å forske på demens*». I denne artikkelen har ein sett på dei etiske utfordringane ein står overfor når det gjeld forskning med demente, og at hensynet til dei demente står sterkare enn dei vitskaplege interessene.

Pensum og sjølvvalt litteratur:

Eg hadde fokus på tema som omhandla kommunikasjon, relasjon, etikk og jus. «*Bære eller breste*», «*grunnleggende sykepleie*» og «*Sykepleie og jus*» er bøker eg har henta litteratur frå til teoridelen i oppgåva mi. Ved manuell søking i andre sine bacheloroppgåver der temaet var kommunikasjon eller det å skapa relasjon opp mot pasientar i psykiatrien, fann eg at andre hadde brukt dei to første bøkene som er nemnd ovanfor i sine oppgåver. På Bibsys søkte eg og på same tema, men meir opp mot demente, autonomi, samtykkekompetanse. Fekk tips frå veileidar om boka «*Personer med demens, møter og samhandling*». Denne boka har eg brukt mykje for å belysa ulike tema i teoridelen.

2.2 Kildekritikk

Ved å bruka kildekritikk får ein hjelp til å søka etter litteratur som passar mest mogleg opp mot problemstillinga og gjera greie for korleis ein har funne den (Dalland & Tygstad 2012).

Sidan mi oppgåve er ei litteraturoppgåva og basert på andre sin kunnskap er kildekritikk viktig. Spesielt med tanke på om litteraturen er basert på primærkjelde eller sekundærkjelde (Dalland & Tygstad 2012). I systematiske oversiktartiklar har ein samla forskingsresultat frå sekundærkjelder i ein studie opp mot ei problemstilling. Dette gir den som søker kunnskap, ei betre oversikt over den litteraturen som allereie finst. Ei slik systematisk oversikt har større fagleg tyngde enn ei enkelstudie (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reiner 2008).

I mitt val av kunnskap har eg funne mykje primærlitteratur i bøker og artiklar ved å bruka kildekritikk. I tillegg har eg med ein oversiktsartikkel som er med på å styrka oppgåva. Eg avgrensa søket til å utelukka publikasjonar eldre enn 10 år.

3. Teori

Sjukpleiaren har lovar, reglar, etikk og profesjon ein skal forhalda seg til når ein skal utøva sitt virke. Desse er med på å utforma kvardagen og legg føringar i kva som vert forventa i det å gje god sjukepleie til pasientar. Fokuset er å ivareta menneska sine grunnleggande behov ved å gje individuell sjukepleie. For å kunne gjera dette på best mogleg måte lyt ein halda seg fagleg oppdatert og ha fokus på verdiar. Ein annan viktig eigenskap er at ein har evna til å visa nestekjærleik og har barmhjertigheit ovanfor den som ein skal yta hjelp til (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug 2005).

Sjukepleiaren skal leggja til rette for at pasienten oppnår sjølvråderett og autonomi. Det fins ulike tilnæringsmåtar ein kan bruka, men like viktig er korleis dei vert brukt. I dei seinare åra har det vorte meir fokus på at pasientar skal ha meir innflytelse på korleis helsehjelpa vert gitt og at dei på den måten får meir brukarmedverknad (Lovdata 2013). I dette kapittelet vil eg gå innpå nokre tilnæringsmåtar men og lover som skal ivareta pasienten sin autonomi og sjølvråderett.

3.1 Kva er vaskulær demens?

Ved vaskulær demens har det skjedd ei svikt i blodforsyninga i hjernen grunna små emboliar eller generell aterosklerose. Dette fører til ei svikt i dei kognitive funksjonane som hukommelse, konsentrasjon, kritisk sans, språket, evna til å tenka abstrakt og resonnera. Ut i forløpet av sjukdommen kan ein sjå at pasienten kan ha endra åtferd og verta deprimert eller engsteleg. Ein kan og oppleva at dei kan bli mistenksame og ha visuelle hallusinasjonar (Haugen 2012).

3.1.1 Yngre personar med demens

Om ein får påvist demens før 65-års alder vert det kalla demens med tidleg debut. Ein kan ha utvikla Alzheimers så tidleg, men den største delen som får påvist denne sjukdommen, får det på grunn av frontotemporale demenstilstandar. Denne gruppa viser mindre svikt i språket og det kognitive enn ved Alzheimers, men ein ser ei større utvikling av atferds- og

personlegheitsforandringar. Sjukdomsutviklinga vert prega av dei får ei sviakt i planleggingsevna, vurdering og det å løyse problem som oppstår. Dei viser lite initiativ til å starte på ting og lyt ofte hjelpast til å setja i gang (Wogn-Henriksen 2008).

Pasientar som får ein slik diagnose i tidleg alder, opplever det meir dramatisk då ein er i annan kontekst enn når ein får det ved ein høgare alder. Livssituasjonen er annleis då ein fortsatt kan vera i arbeid og ofte er meir sosialt aktiv sidan den fysiske formen er god. Ein har andre forventingar og dei rundt sett andre krav til nokon, når ein er i 50-60 åra enn ved 70-80 åra. Yngre personer med demens har i tillegg ei sterk kjensle av at noko er gale, og ein føler frustrasjon og avmakt. Dei har derfor lettare for å utvikle depresjon, angst og utagering som følge av sjukdommen (Wogn-Henriksen 2008).

3.2 Tilrettelegging for sjølvråderett og autonomi i sjukepleie til demente

Pasientologi er eit nyare begrep der ein har fokus på pasientens perspektiv, pasientrolla, pasientens kulturelle kontekst og offerrolla. Ein vil då sette seg inn i dei tinga som pregar ein pasient ved å sjå på tinga i pasientens perspektiv og livsverden. Pasientologi er sett saman av fleire begrep. Ordet pasient kjem opprinneleg frå latin og betyr å vera lidande, tålmodig og uthaldande. Det andre begrepet er epistemologi som handlar om det å ha kunnskap og erkjennelse som igjen fører til ontologi som seier noko om grunnvilkåra og verdiane i den enkeltes liv. Ethos handlar om dei grunnleggande verdiane (Graubæk 2010).

Ved å ha Pasientologi i fokus vil ein prøva å sette seg inn i pasientens livsverden. Her vil ein finne informasjon om korleis pasienten vil leva livet, og om kva som gir mening i kvardagen, samt korleis ein forstår ting og kva det er som gir mening. For oss sjukepleiarar som skal hjelpa ein pasient til ein kvardag med meistringsfølelse er dette kunnskap som vil bidra til dette (Lassen 2010). Med denne tenkemåten ynskjer ein å forstå gjennom å tolka. Bevisst eller ubevisst vil eit menneske bli påverka av den situasjonen ein er i, og som ein prøver å forstå. Ein kan tenke seg den hermeneutiske tenkemåten som ein spiral, der ein vandrar mellom forforståing og forståing, tradisjon og fornying (Hall & Graubæk 2010). For å legga til rette for at pasienten skal føla at han har ansvar ovanfor sitt liv, har meistringsfølelse og livskvalitet, er dette ein måte å tenke og handle på for ein sjukepleiar i ein tilnæringsfase.

Får ein sjukepleiar slik forståing klarar ein å gi eit meir individuelt tilrettelagt tilbod (Graubæk 2010).

I arbeidet med personar som har utvikla demens skal ein sjukepleiaren sjå på denne pasienten som ein som fortsatt har evna til sansing, har følelsar, tankar, og har ei oppleving av seg sjølv som person. Dette på tross av at ein som hjelper ikkje alltid klarar å tolka pasienten sin være- og handlemåte. Med relasjonskompetanse klarar ein å setta seg inn i korleis den andre har det ved at ein kjenner seg sjølv og sine reaksjonar. Ved å sette seg inn i den andre sine følelsar og verdiar, har ein meir forståing og kunnskap om kvifor pasienten har ein slik veremåte (Wogn-Henriksen 2008).

Marte meo begrepet stammar frå latinsk og betyr «av eigen styrke» eller «av eigen kraft». Dette er ein metode som bygger på relasjons- og kommunikasjonsorientering som brukar film eller videoopptak til å kartlegga samspelet og kommunikasjonen mellom. Denne metoden kan brukast i tilfelle der ein ser at samspelet mellom hjelper og demente byr på utfordringar. Ein analyserer opptak på 2-10 min som er gjort i ein daglegdags samhandling. På bakgrunn av dette kan ein sjå pasienten sine funksjonsnivå og behov, og på grunnlag av desse observasjonane sette inn riktige tiltak eller behandling. Det som skil denne metoden frå andre er at det blir gjort opptak og ein kan då lettare fanga opp dei signala og måten pasienten uttrykkjer seg på. Målet med denne metoden er at den som gir omsorg skal få ei betre evne til å gje omsorg, men like mykje at den skal skje på den demente sine premissar. Spesielt i forhold til demente der det er situasjonar som kan vera utfordrande, kan ein med videoopptak kvalitetssikra at alle gjer ein nesten lik tilnærming (Munch 2008).

3.3 Etikk og etiske refleksjonar i sjukepleien.

Etikk er ein teori om moral og korleis menneskesynet kan forma moralske holdningar og på den måten påverka synet på sjukdom og helse, pleie og behandling, og retten som ein pasient har til å sjølv bestemma over sitt liv og helse. Etikk og etisk refleksjon er viktig for ein sjukepleiar å ha innsikt i, for på best måte å møte moralske problem med å velja det beste handlingsalternativet (Brincmann 2008).

Pasientautonomien står sterkt i medisinsk etikk, spesielt med tanke på etiske og juridiske prinsipp. Det vil seia at pasienten har krav på informasjon om sin helsetilstand, forhold som angår dei og deira livssituasjon, og utifrå dette kan gjera egne beslutningar (Brincmann 2008).

Hovudmålet er at omsorg for pasienten skal innehalde autonomi og følelsen av sjølvråderett, slik at pasienten skal oppleve god livskvalitet. Etikk handlar om det å velja ei handling. Utfordringa er når ein pasient ikkje klarar å gjera dette sjølv, og sjukepleiar må gjera val slik at pasientens verdiar vert ivaretekne (Rokstad 2008).

Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar er bygd på internasjonale grunnprinsipp og seier noko om korleis ein skal handle utifrå praktiske og moralske prinsipp. Grunnlaget for dette er at all sjukepleie er tufta på respekten for det enkelte individ og verdigheit. Dette vert gjort ved at handlinga er bygd på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettane, og samstundes er kunnskapsbasert (Brincmann 2008).

Ei anna viktig del som styrer etikken er helseretten. I den seinare tid har dette fått meir og meir plass i områder der sjølve etikken hadde meir råderett. Med jussen kjem ein ofte i situasjonar der ein som sjukepleiar lyt reflektera og ta val med tanke på jus og etikk (Brincmann 2008).

3.4 Lovgrunnlag og retningslinjer for samtykkekompetanse

Sjukepleiaren har lovar ein lyt forhalda seg til i pasientrelasjonar. Desse lovene går på helsepersonell, pasienten og helsevesenet generelt. Helsepersonellova og pasientlovgivinga går litt inn i kvarandre då den eine seier noko om kva rettar pasienten har og den andre om kva helsepersonell pliktar å følgje opp (Molven 2009).

Omsynet til pasienten sin autonomi er blitt ein viktig del av det å gje helsehjelp. Dette set fokus på eit viktig aspekt ved den rettslege, etiske og faglige tenkinga ein skal ha som helsepersonell, og korleis tenesta skal vera retta ovanfor ein pasient. Ein pasient gir eit samtykke til å motta helsehjelp utifrå informasjon som vert gitt. Ei viktig kartlegging er å vurderer at den informasjonen som vert formidla, vert motteken og forstått rett, slik at

pasienten kan gjera vurderingar utifrå dette. Det er utifrå denne informasjonen, pasienten kan gje eit informert samtykke (Molven 2009). Ved å leggja forholda til rette utifrå pasienten sin alder, kognitive funksjonar, modenheit og psykiske tilstand, kan helsepersonel hjelpa til at pasienten sjølv kan samtykka til helsehjelp om det trengst (Lovdata 2013).

Norsk helserett er tufta på at det å motta helsehjelp skal skje på ein slik måte at pasientens autonomi og sjølvråderett vert ivareteken. Pasient og brukerrettighetslova seier noko om pasienten sin rett til å medverka, og retten til å ta imot eller nekte helsehjelp. Den skal og ivareta pasientar som motset seg dette, og om korleis ein skal forhalda seg til pasientar som motset seg slik behandling når ein ikkje lenger har samtykkekompetanse. Etter kvart som demens sjukdommen utviklar seg, vil pasienten få problem med å ha kontroll over sin livssituasjon og dermed ikkje forstå kva samtykket omfattar. Det er me som helsepersonel som avgjer om ein pasient er samtykke kompetent (Lovdata 2013).

Eit anna viktig fokus når ein skal yta helsehjelp til personar som har fått diagnosen demens er om å få kartlagt den kognitive funksjonen og forståelsen av kva det inneber å ha samtykkekompetanse. Warner, McCareney, Griffin, Hill & Fisher (2006) har i sin artikkel funne ut at blant 76% av dei som er ramma av ei mild til moderat form for demens, klarte ikkje å oppfylle dei juridiske krava til det å ha eit informert samtykke sjølv med Mini Mental State undersøking. Det ein skal vera klar over er at denne ikkje seier noko om forholdet mellom den kognitive funksjonen og kapasiteten til pasienten og at prosessane i denne kartlegginga kan vera utfordrande.

Grunna auka levealder og aldersamanfatning i befolkninga står Norge ovanfor store utfordringar i helsetenesta i framtida. Ein ser for seg at det kan skje ei dobling av personar med ulike demenssjukdommar i løpet av 35 år (demensplan 2015). Grunna dette la Helse- og sosialdepartementet i 2006 fram ei stortingsmelding *Mestring, mulighet og mening, framtidens omsorgutfordringar*. I denne vart det utarbeid ein *omsorgsplan 2015 og demensplanen 2015-Den gode dagen*. Denne planen la regjeringa fram i 2007 og skulle vera med på å styrka kunnskapen, kompetansen og kvaliteten på omsorga overfor demente (Gjøra & Gausdal 2011)

3.5 Holdning i handling – kommunikasjon i samhandling med den demente

Menneska er sosialt samansett og i dette er det viktig å kunne kommunisera med andre for å føla tilhørigheit i eit fellesskap. Alle har eit grunnleggande behov for å kunna bli sett og høyrte og møtt for den ein er. For at kommunikasjon skal kunne skje, lyt det utvekslast signal mellom to partar. Den eine lyt ta initiativ til å senda eit signal, og den som motteke lyt prøve å forstå. For at kommunikasjonen skal vera god, er den avhengig at samspelet mellom dei som kommunisera er prega av ein open og tillitsfull dialog (Røkenes & Hanssen 2006).

Menneska brukar for det meste språket når ein vil formidle noko, men den non-verbale-kommunikasjonen er like viktig. Ein klarar ikkje å skapa ein god kommunikasjon og tillitsforhold om det ein seier ikkje blir oppfatta som truverdig. Dette kan gå på kroppsspråk, tonefall, blick eller gestar som går på tvers av det som ynskjer å formidla (Wogn-Henriksen 2008).

Skal ein klare å ha eit godt samspel og god kommunikasjon med den demente pasienten, er det viktig korleis sjukepleiar møter dei både verbalt og non-verbalt (Røkenes & Hanssen 2006). I slike samhandlingar er det viktig korleis ein sjukepleiar møter den demente i forhold kroppsholdninga og tonefallet når noko skal seiast. Motsett bør ein sjukepleiar vera open for å lesa den demente sin kroppsholdning i ulike situasjonar for å tolke når den verbale kommunikasjonen ikkje er tilfredstillande.

I utviklinga av demenssjukdomen kan evna til å kommunisera bli påverka. Dette gjeld både den kognitive funksjonen og språket. Dette svekker evna til å gjera seg forstått og å tolke dei signala som vert sendt. Graden av desse forandringane er avhengig av kva demenssjukdom ein har. Ved Alzheimers vil ein som regel sjå at språket blir påverka, mens ved vaskulær demens er ikkje det område i hjernen som omfattar språk råka. Her vil ein heller sjå at dei vil få meir problem med forståinga og sette saman det som blir sagt og handla utifrå det (Wogn-Henriksen 2008).

3.6 Sjukepleieteori som ein tilnæringsmåte

Kari Martinsen sin sjukepleieteori tek utgangspunkt i at det å gje omsorg skal vera eit mål i seg sjølv og at den føregår som ein relasjon mellom to menneske. Ho definerar omsorg som ein tilnæringsmåte og grunnhaldning, der hovudfokuset er verdien av å hjelpe den svake. Dette skjer ved aktiv handling der sjukepleiaren møter pasienten, og på korleis sjukepleiaren handlar. I dette ligg det at sjukepleiaren lyt visa engasjement og forståing for den situasjonen som pasienten er i, og at det lyt skje på pasienten sine premissar. Martinsen seier noko om det å bruka svak paternalisme for å ivareta brukarmedverknaden når pasienten ikkje vil ta imot helsehjelp. Med ei slik tilnærming ynskjer ein som sjukepleiar å bruka si faglege bakgrunn slik at pasienten føler seg aktiv i vala som vert tekne. I slike situasjonar det viktig at ein sett seg inn i kva verdiar og normer som pasienten står for, slik at ein på best mogleg måte ivaretek pasient sin autonomi og sjølvråderett (Kristoffersen 2005).

4. Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte teorien opp mot problemstillinga «*Korleis kan ein sjukepleiar legge til rette relasjon for å ivareta autonomien og sjølvråderetten til ein pasient med demens?*», og ha fokus på ein del utfordringar som er knytt opp mot dette. Når den demente ikkje lenger har kontroll over sin livssituasjon set dette i gang mange følelsar som gjenspeglar sårbarheita. Sjukepleiaren som skal gje støtte og oppmuntring for å oppnå meistringsfølelse, lyt sjå på ulike signal den demente sender ut, og ikkje minst kva ein sender tilbake når ein skal kommunisera med den andre.

4.1 Å skapa relasjonar med den demente for å oppnå ei god samhandling.

Det å skapa relasjonar handlar om korleis ein møter eit anna menneske, og på den måten oppfattar kvarandre. Ved å stå i relasjon til nokon, har ein skapt eit forhold som gjer at ein har vorte påverka av situasjonen og ein har då større forutsettinga til å forstå og tolke andre menneske. Ein god eigenskap som sjukepleiar vert då å vera bevisst på sine egne følelsar og veremåte. Då opnar ein opp for det å forstå og tolke dei signala som pasienten sender ut. Ved å visa empati og evnar å sette seg inn pasienten sin situasjon, vil ein oppnå at pasienten føler seg ivareteken (Kristoffersen & Nortvedt 2005).

Dette betyr at sjukepleiar kan bygge gode relasjonar ved å bruka kunnskap som omfattar fag, etikk og juss. Den faglege kunnskapen er noko ein tileignar seg gjennom utdanning og forståelsen for korleis menneska kan reagera og handla i ulike situasjonar. På kva måte ein viser omsorg og mellommenneskelege nestekjærleik, kjem an på verdiar som ein tileignar seg gjennom livet. Ved å reflektera over korleis sjukepleiar brukar fag, etikk og juss i saman på ei tilfredstillande måte overfor pasienten, bør sjukepleiar skapa ei samhandling som kan føra til gode relasjonar. Det å leggja til rette for å skapa relasjonar til eit anna menneske er ein av grunnpilarane for at sjukepleiar skal kunna gje god omsorg. For å oppnå dette lyt sjukepleiar bygga tillit, vera forståelsesfull og ikkje minst vera tolmodig.

Dei verdiane som sjukepleiar står for som person vert meir truverdig når det ein meiner viser seg att i korleis sjukepleiar handlar. Martinsen (2003) forklarar at når ein relasjon oppstår vil

sanseinntrykka verta tydeleggjort fordi det skjer ei sansing og forståing mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiaren må visa ved handling at ein prøver å forstå og tolka dei signala som pasienten sender ut. Ein slik relasjon er prega av gjensidigheit (Røkenes & Hanssen 2006).

For å oppnå dette må sjukepleiaren sjå på den enkelte sitt behov og opplevinga av det å bli råka av demens, og ikkje berre på ein som har fått diagnosen demens. På tross av sjukdommen må sjukepleiaren sjå på pasienten som ein person med følelsar, tankar og egne verdiar. I dette er det å kunne utvida perspektivet sitt og kunna sjå pasienten som noko meir en berre ein pasient med kognitiv svikt. Når sjukepleiaren klarar å få til ein relasjon der samarbeidet fører til at ein klarar å fanga opp pasienten sitt perspektiv vil pasienten føla at han blir sett og høyr. Klarar ein å utvikla denne kompetansen vert og kvaliteten på omsorga betre.

Spesielt viktig blir det i forhold til den demente som er i ein sårbar situasjon fordi han kognitivt ikkje klarar å forstå og gjera val utifrå den informasjonen som vert gitt. Martinsen kallar dette relasjonsforholdet mellom pasient og sjukepleiar som generalisert gjensidigheit. Med dette meiner ho at pasient og sjukepleiar er likeverdige som menneske, men dei er ikkje likestilt. Pasienten er her avhengig av ein kompetanse som han manglar, men som sjukepleiaren har. I slike situasjonar vil sjukepleiaren ta val utifrå sin kompetanse medan pasienten har eit meir følelsmessig forhold til sine val. Ein vil då få eitt relasjonsforhold som er asymmetrisk (Kristoffersen & Nortvedt 2005).

Utfordringa til sjukepleiar blir å hjelpa pasienten til å gjera val som samsvarar med det pasienten ynskjer, og på ein slik måte at autonomien og sjølvråderetten blir ivarett. I eit slikt forhold lyt sjukepleiaren vera oppmerksom på at ein ikkje overstyrer pasienten og hans ønskjer. Bruk av faglege og moralske verdiar kan vera til nytte slik at ein på best mogleg måte legg til rette for at pasienten føler seg ivareteken. Som sjukepleiar handlar det om å visa respekt og korleis ein oppfører seg ovanfor andre menneske. For å oppnå god samhandling lyt ein få til god relasjon mellom pasient og sjukepleiar. I det å utøva sjukepleie er det å leggja til rette for god omsorg ein viktig del, men i nokre tilfelle kan pasienten sitte att med følelsen av å bli krenka og autonomien ikkje er blitt ivareteken

Kristin Rydjord Thollin (2005) skriv i sin artikkel om dette samspelet. Her set ho fokus på at for å oppnå ein god relasjon lyt sjukepleiaren kunna bruka sine sansar, men like viktig er det at sjukepleiaren klarar å tolka dei signal som pasienten sender ut. Ho brukar og Martinsen sin

omsorgsteori som utgangspunkt for det å utøva god omsorg, der hovudfokuset er å bruka sine egne sansar for å kunne lesa dei signala som vert sendt ut.

For at ein skal klara å verta meir bevist i korleis ein handlar og reflektera over det ein gjer, er kunnskap og kompetanseutvikling ein forutsetning. Ein sikrar då å gje personar med demens eit betre tilbod ved at personalet har meir kompetanse om sjukdomsutviklinga og korleis ein på best måte kan møte pasienten i ulike fasar i sjukdommen (Rokstad 2008). I omsorgsplan 2015 og demensplanen 2015- Den gode dagen, har dei tatt med det å auka bevisstheita til personalet gjennom refleksjon og etisk tenking i praksis, gjennom kompetanseheving. Eit alternativ for å skaffe seg kunnskap på dette området er demensomsorgens ABC, som er eit opplæringstilbod til intern kompetanseutvikling i kommunane (Engedal & Haugen 2009).

4.2 Kommunikasjon som verkemiddel til auka sjølvråderett og autonomi

Nerva i kommunikasjon er tillit. Når ein skapar dette tillitsforholdet skjer det ei utlevering av personlege tankar og følelsar for å bli imøtekomen (Martinsen 2003). For at sjukepleiaren skal klare å bygge og oppretthalde relasjonar, må ein få i gang ein kommunikasjon med den demente. Dette kan ein oppnå ved at sjukepleiaren legg til rette for at kommunikasjonen er open og ein klarar å skapa tillit. På denne måten har sjukepleiaren lagt mykje av grunnlaget for kommunikasjon ved å visa empati, respekt og ein positiv holdning.

Den største utfordringa sjukepleiaren har ved å kommunisera med den demente er dei kognitive utfordringane som ein møter på. Språkfunksjon og evna til å forstå og bearbeida det som vert sagt kan vera påverka (Rokstad 2008). Dette fører til ekstra utfordringar for sjukepleiaren når ein vil gje informasjon eller rettleiing. Eit av virkemiddele som sjukepleiar brukar til å yta omsorg og trygge ein pasient i ulike typar situasjonar, er nettopp det å gje informasjon. For å oppnå dette kan sjukepleiaren tilrettelegga ved å vera tydeleg i det ein skal sei og ikkje minst at ein set seg av tid. Ein viktig del av det å kommunisera med den demente, og i prosessen der det skjer ei utveksling av informasjon, er at ein sikrar seg at det ein har sagt faktisk vert forstått. Her må ein passe på at den demente kan få tid til bearbeida og respondera på den informasjonen som er gitt.

Pedersen, Hofmann & Mangset (2007) seier noko om utfordringar ein står overfor i helsevesenet i det å vurdera samtykkekompetanse. Dei har sett på viktigeita av at

helsepersonel gir tilstrekkeleg og tilpassa informasjon utifrå pasienten sin forutsetting, og forsikra seg om at pasienten har forstått den. Dette er viktige element i det å ivareta pasienten sin autonomi og retten til å samtykka.

Sjuepleiaren legg til rette alle moglege tiltak for at kommunikasjonen blir på ein slik måte at ein oppnår felles forståing. Spesielt viktig er dette mellom sjuepleiar og den demente. På spørsmål om livskvalitet til den demente, og kva dei tykkjer er viktigast, nemner dei det å kommunisera for å skapa relasjonar som ein viktig del. Sidan dette er ein så stor del av det å kunne fungera sosialt kan ein sjå at den demente kan trekke seg tilbake, få forstyrra åtferd og agitasjon (Wogn-Henriksen 2008).

Med Marte Meo metoden har ein fokus på korleis ein som sjuepleiar handlar, og kva signal ein sender til pasienten. Oppmerksomheita vert retta mot det som fungerer i samhandling og ein rettar fokuset vekk frå det som ikkje fungerer (Munch 2008). Dette kan vera i situasjonar der ein har vanskar med at pasienten ivaretek personleg hygiene. Som sjuepleiar kan ein oppleve dette som frustrerande når pasienten ikkje vil ta imot hjelp og ein ser at det går utover livskvaliteten til pasienten. Då kan ein gå inn å analysera samspelet mellom den demente og sjuepleiaren. Her har ein som mål å styrka sjuepleiaren si utøving av omsorg, og at den skjer på den demente sine premissar. Skal sjuepleiaren bruka denne metoden set det ein del krav til personalet i denne arbeidsgruppa. Sjuepleiaren skal dessutan ha tid til å reflektera og konkludera over dei opptaka som vert gjort, og arbeidsgruppa bør sette av tid til jamlege møter. Ein anna ting ein lyt vera open for er at andre skal evaluera samspelet mellom sjuepleiar og pasient, og ikkje minst lyt ein vera mottakeleg for både positive og negative tilbakemeldingar når ein ser at dette samspelet ikkje fungera optimalt.

Ytrehus & Hansen (2011) har i sin studie om «*korleis påvirker Marte meo-veiledning personalets oppleving av egen mestring i demensomsorga?*» sett på kva effekt ein slik metode har for personalet. Her fann dei ut at ein slik metode kunne vera med på å auka meistringsfølelse i situasjonar ein følte var vanskeleg å handtera. Dette kom av at når ein følte ein hadde meir kontroll over situasjonen, auka dette tryggheta og dermed samarbeidet. Ein kunne og sjå at stressnivået i slike vanskelege situasjonar vart seinka.

Når sjuepleiaren kommunisera med eit anna menneske, er det ikkje berre ord som er i sving. Kroppsholdning og bevegelsar i ansiktet er noko av det ein brukar, i tillegg til språk som

kommunikasjon. Spesielt viktig er det at den non-verbale kommunikasjonen samsvarar med den verbale. Sjukepleiaren må kunne vera lyttande slik at ein er open for pasientens sin oppfatning av eigen situasjon og kva verdiar ein har (Wifstad 2013). På den måten kan sjukepleiar tilrettelegga helsehjelp som ivaretek pasienten sine verdiar, og dermed autonomien og sjølvråderetten. Som sjukepleiar går mykje av opplæringa på å bruka det kliniske blikket. For at ein skal bygge relasjon som opnar opp for god kommunikasjon, må fokuset til sjukepleiaren romme meir enn kun det kliniske bildet i samhandling med den demente. Dette fordi når ein ikkje har språk som formidlingsevne, er det kroppsspråket som blir framtrudande for å formidla eit budskap.

4.3 Korleis kan sjukepleiar bruka etiske retningslinjer og juss for at pasienten skal få følelsen av autonomi og sjølvråderett.

Det å skilja mellom etiske utfordringar og dilemma , og kva som er juridiske spørsmål er vanskeleg. Desse tinga reflektera kva som er normene i eit samfunn. Som helsearbeidar vert det sett ein del krav til korleis ein skal utføra sitt arbeid, både når det gjeld fagleg forsvarlegheit og at det skal gjerast på ein etisk god måte (Wifstad 2013).

Som sjukepleiar vil ein i ein travel kvardag stå ovanfor ein del etiske dilemma i forhold til å ta vare på pasientens autonomi ved at sjølvråderetten står i fokus. I dette lyt ein vera etisk bevist på dei vala ein tek og kunna reflektera over dette. Hovudmålet i denne omsorga er at pasienten skal ha følelsen av å ha eit godt liv som følgje av god livskvalitet. Så lyt ein som sjukepleiar spørja seg om kva som er god livskvalitet for akkurat denne pasienten og leggja mest mogleg til rette for dette.

Helsetilsynet (2011) skriv i sin rapport at formålet med bruka og pasientrettighetslova er todelt. Det første lova skal sikre er at pasientar får den helsehjelpa dei har krav på utifrå faglege vurderingar, sjølv om dei er utan samtykkekompetanse eller motset seg helsehjelpa. Det andre er at lova skal sikre pasientar mot er unødvendig bruk av tvang.

Når ein ser at pasienten ikkje klarar å ivareta sine grunnleggande behov lyt ein som sjukepleiar prøve å tilnærma seg, og legge til rette for at pasienten føler seg ivareteken. Ved å bruka svak paternalisme kan ein rettleia pasienten på ein slik måte at det blir eit sjølvstendig

val. I situasjonar der ein føler pasienten ikkje lenger klarar å innsjå og vurdera kva som er til hans eige beste, er dette ein tilnæringsmåte sjukepleiar kan bruka for å oppnå mest mogleg brukarmedverknad. Dette kan vera at den demente ikkje vil ta medisin som er nødvendig for å motverka forverring av sjukdom eller nedsett livskvalitet. Då kan sjukepleiar overtyda pasienten til å ta desse medikamenta, og pasienten føler at han har gjort det endeleg valet sjølv. Motsett av dette er sterk paternalisme, og her har sjukepleiaren gjort val for pasienten som går på tvers av det pasienten ville ha ønska. Her har ein som sjukepleiar gjort eit val som ein meiner er til det beste for pasienten, men som pasienten ikkje sjølv ønskjer. Dette kan føra til at pasienten føler seg endå meir utrygg i situasjonen, og det blir vanskelegare for sjukepleiaren å skapa ei samhandling som bygger på tillit og respekt.

I dagens helserett står ivaretakinga av autonomi og sjølvråderett sterkt, og dette blir regulert i pasientrettighetslova kapittel 4, som omhandlar samtykkespørsmåla. Her finn ein og lover som skal ivareta den demente når ein ikkje lenger er samtykkekompetent, og det vert stilt strenge krav til bruk av tvang (Johnsen & Smebye 2008). Ethiske utfordringar som ein sjukepleiar står ovanfor er å vurdera når ein pasienten ikkje lenger er samtykkekompetent. Ein pasient kan for eksempel forstå og samtykke til visse typar helsehjelp, mens han nektar på noko anna som kan vera nødvendig for han.

Pedersen, Hofmann og Mangset skriv i sin artikkel om «*Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid*» om korleis det informerte samtykke aukar pasientens medverking og på den måten hindrar uønskt helsehjelp. Dei trekker og fram utfordringar som ein står overfor i dagens helsevesen i forhold til samtykkekompetanse og tvang. Korleis sjukepleiaren si evne til rolleforståing, kommunikasjon og etisk refleksjon er i høve det å ivareta pasienten sin autonomi, og at avgjerslene er basert på eit informert samtykke.

Det kan vera vanskeleg å vera med på å ta ifrå den demente retten til å samtykke, når ein veit kor viktig det er for eit menneske å ha rett til å bestemma over sitt eige liv. Dette fører til at det er vanskeleg når sjukepleiar skal vurdera om den demente er samtykkekompetent. Då står ein ovanfor valet, om ein skal handla utifrå autonomien og sjølvråderetten til den demente, eller at pasienten får dekkja dei grunnleggande behova. Om ein vel det første alternativet kan det føra til omsorgsvikt, då pasienten ikkje får dekkja dei grunnleggande behova. I slike tilfelle kan ein som sjukepleiar ha fråskrive seg sitt ansvar mot det å utøva yrket sitt utifrå faglege og etiske retningslinjer (Wifstad 2013).

4.4 Å skapa allianse med den demente

Sjukepleiaren sitt fokus er det å hjelpe den sjuke til å ivareta sine grunnleggande behov. Martinsen har i si tilnærming hatt fokus på å ha omsorg for det sjuke mennesket ved den relasjonelle, den praktiske og den moralske sida. I ulike situasjonar vil desse tre sidane gå saman for å gje ei heilheitleg omsorg for det lidande menneske (Kristoffersen 2005).

Sjukepleiar kan skapa ein positiv relasjon ved å opptre omsorgsfullt, tillitsvekkande og skapa trygghet. I dagleglivet kan den demente oppleve utrygghet i ulike situasjonar. Sjukepleiaren si oppgåve blir då og skapa eit tillitsforhold som gjer at den demente får ei kjensle av trygghet og klarar å meistre den utrygge situasjonen. Ved å vise forståing for den situasjonen den dement e i, er med på etablera allianse til den demente. Dette fører til ei samhandling med den demente, og er med på å styrke relasjonen i forhold til pasient-sjukepleiar.

Fokuset er her at hjelpe skal skje på pasientane sine premissar, og at ein ved å visa engasjement og innleving i pasienten sin situasjon er med på å gje denne omsorga som Martinsen referera til. Det er utifrå korleis ein handlar som sjukepleiar ein skapar relasjonar, og når denne relasjonen er god har ein lagt eit grunnlag for allianse.

5. Veikskap og styrke

Eg håpar at eg med denne oppgåva har klart å belyse ei problemstilling som blir meir og meir aktuell i åra som kjem, grunna auken i personar som utviklar demens. I denne oppgåva har eg hatt meir fokus på korleis ein sjukepleiar bør tilnærma seg den demente, enn at han får dekkja sine grunnleggande behov. Dette kan vera ei svakheit med oppgåva. Utgangspunktet for at eg har hatt denne vinklinga er at eg i situasjonar gjennom mitt arbeid har opplevd at det er meir fokus på at den demente ikkje får dekkja sine grunnleggande behov, enn at ein ved å skapa ein god relasjon og samhandling kan oppnå det same, samtidig som den demente kan ivareta autonomi og sjølvråderetten.

Styrken i denne oppgåva er at eg har teke utgangspunkt i så ny litteratur og forskingsartiklar som mogleg. Ei svakheit med oppgåva er søkeprosessen som vart gjort i forhold til problemstilling og på dei søkeorda eg valde. I denne prosessen fekk eg ikkje så mange treff på artiklar som eg håpa på. Dette gjenspeglar dei etiske utfordringane ein møter ved det å kunna driva forskning på demente i forhold til deira samtykkekompetanse (Hauvik 2012). Dette er nok ein av grunnane til at det ikkje er innhenta så mykje materiale i forhold til mi problemstilling.

6. Konklusjon

Når det gjeld å ivareta autonomien og sjølvrådetten til den demente er det etter dagens lovgiving forventa at ein som sjukepleiar skal ivareta dette på ein fagleg måte, og at pasienten deltek i avgjerslene. Ved å tilrettelegga for nettopp dette kan ein i samhandling med pasienten kommunisera slik at han får kjensla av å bli både sett, høyrte og ynskjer ta imot individuell tilpassa helsehjelp. Vår holdning og tilnærming til den demente er vårt viktigaste reiskap for å oppnå god kommunikasjon. På den måten kan ein unngå situasjonar der den demente føler seg krenka og at autonomien ikkje blir ivareteken.

I denne oppgåva har eg lagt vekt på korleis ein sjukepleiar med kommunikasjon og samhandling skapar relasjonar som gjer at demente får ein større brukarmedverknad. Demens og kommunikasjon byr på ein del utfordringar og set ein del krav til korleis sjukepleiaren skal handtera dette, spesielt når ein veit kor viktig dette er for at den demente skal oppnå kjensla av livskvalitet. Gjennom arbeidet har eg satt fokus på at sjukepleiar skal visa empati, forståing og evna til å sette seg inn i situasjonen til den demente. Med utgangspunkt i dette kan ein sjukepleiar gjera seg refleksjonar rundt den omsorga ein gir og har grunnlag for å skapa ein god samhandling og relasjon til den demente.

7. Litteraturliste

- Brinchmann, B.S.(Red.)(2008). *Etikk i sykepleien*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk.
- Dalland O.(2012). Kva er metode? I: Dalland, O. (Red.)(2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Dalland O. & Tygstad H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: Dalland O.(Red.)(2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Engedal K. & Haugen P.K.(Red.)(2009). *Demens-fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Gjøra L. & Gausdal M.(Red.)(2011). *Ny kunnskap, bedre omsorg: Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetenesta*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Graubæk, A-M.(Red.)(2010). *Å være pasient. En innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
- Hall, O.C.E. & Graubæk, A-M.(2010). Pasientologi: Fra fortelling til grunnleggende behov. I: Graubæk, A-M. (Red.)(2010). *Å være pasient: En innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
- Haugen, P.K. (Red.)(2012). *Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien* 100, (14), 65-67. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0150
- Johnsen L. & Smebye K.L.L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I: Rokstad A.M.M. & Smebye K.L.L. (red.)(2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2005). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A.(Red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie* (B 1). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (2005). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie* (B 4). Oslo: Gyldendal.

- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A (Red.) (2005). *Grunnleggende sykepleie* (B4). Oslo: Gyldendal.
- Lassen, T. (2010). Pasientkultur i historisk perspektiv. I: Graubæk, A- M (Red.) (2010). *Å være pasient: En innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (Red.) (2003). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (Red.) (2009). *Sykepleie og jus*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Munch M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. I: Rokstad A.M.M. og Smeby K.L. (red.) (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (Red.) (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient og brukerrettighetsloven). Henta frå <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>.
- Pedersen, R., Hofmann, B. & Mangset, M. (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskrift for den norske legeforening*, (12, 2007, 127), 1644-1647
- Rokstad, A.M.M. (2008). Kva er demens? I: Rokstad, A.M.M. & Lislerud Smeby K. (red.) (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Røknes H.O. & Hanssen P.H. (Red.) (2006). *Bære eller bryte*. (2. utg.) Oslo: Vigmostad & Bjørke.
- Sigurdson R. (2011). Oppsummeringsrapport: Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven kap. 4A-2009-2010. *Internserien 3/2011*. Oslo: Statens Helsetilsyn. Henta frå http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering_pasrl_4a_internserien3_2011.pdf
- Thollin, K.R. (2005). Samspillet mellom sykepleier og pasient. *Sykepleien* 93(19), 64-65. DOI: 10.4220/sykepleiens.2005.0045

- Warner, J., McCarney, R., Griffin, M., Hill, K., & Fisher, P. (2007). Participation in dementia research: rates and correlates of capacity to give informed consent. *Journal of Medical Ethics* (34), 167-170. DOI:10.1136/jme.2006.019786
- Wifstad, Å. (Red.)(2013). *Helsefagenes etikk: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wogn-Henriksen K. (2008). Kommunikasjon. I: Rokstad, A.M.M. & Smeby, K.L. (red.)(2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Wogn-Henriksen K. (2008). Yngre personer med demens. I: Rokstad, A.M.M. & Smeby, K.L. (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Ytrehus, S. & Hansen A.(2011). Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien Forskning* 6(1), 36-43. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0056
- Østenstad, B.H. (Red.)(2011). *Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente* . Bergen: Vigmostad & Bjørke.