

## Sykepleie og sårbarhet

### Personsentrert sykepleie til sårbare grupper – hvordan kan sykepleier bidra til gode liv?

Takk for at jeg har fått komme og snakke om sykepleie til sårbare grupper. Jeg er blitt bedt om å ta utgangspunkt i et sykepleieperspektiv på etikk og sårbare grupper, og si noe om hvordan personsentrert sykepleie kan bidra til gode, verdige liv. Mitt forskningsarbeid er rettet mot personer med demenssykdom, og hvordan de kan få et meningsfylt liv i sykehjem. Jeg har praksis fra mange felt innen sykepleietjenesten og arbeider på sykepleieutdanningen i Tromsø. Det gjør det mulig å tenke etikk, sårbarhet og sykepleie til flere grupper.

I innlegget vil jeg si noe om sårbarhet, etikk, og hva jeg legger i et godt og verdig liv. Jeg vil si noe om personsentrert sykepleie. Til slutt vil jeg si noe om hvordan sykepleiere kan bidra til gode verdige liv i forhold til noen konkrete punkter.

#### Sårbarhet og etisk forståelse

Sårbarhet kan forstås i flere sammenhenger, både som en menneskelig mulighet, og knyttet til utsatte grupper eller personer hvor sykepleieren bør utvise ekstra oppmerksomhet. Sårbarhet og avhengighet er grunnleggende trekk ved vår tilværelse (Martinsen, 2012a og b).

Sårbarheten åpner livet for oss, er en slags døråpner som er en forutsetning for at vi kan leve oss inn i andres lidelse. Det at jeg føler at personen jeg er sammen med, er lei seg, eller glad for den del, gjør at jeg kan forholde meg til det. Sykepleieren har et etisk ansvar for å ta vare på sårbarheten. Sårbarheten åpner opp for empati som ikke er å føle eller oppleve det samme som den andre, men å bli engasjert i hva den andre opplever. Responsen bør samsvare med graden av alvorlighet man oppfatter hos den andre personen (Vetlesen, 2010).

De nasjonale etiske forskningskomiteene (2014) har satt opp noen *grupper* som man skal være spesielt oppmerksom på i forskningssammenheng, der betegnelsen "sårbare grupper" vanligvis blir benyttet synonymt med "utsatte grupper". Det kan vi lære av, for dette er jo også grupper sykepleiere møter i sin hverdag. En gruppe regnes gjerne som sårbar fordi det er spesiell grunn til å mistenke at individene som inngår i gruppen, kan ha særlige utfordringer forbundet med å gi fritt informert samtykke. I en sykepleiehverdag kan det litt fritt oversettes til at det av forskjellige grunner kan være utfordrende for personen å fullt ut forstå hva som

skjer med ham/henne, og konsekvensen av de tiltak som blir bestemt og gjennomført. Det kan være vanskelig for vedkommende å stille relevante spørsmål og gi uttrykk for at situasjonsforståelse og beslutninger er i samsvar med egen oppfatning og egne ønsker. Slik sett kan vi jo alle være sårbare, men i denne sammenhengen er de etniske minoriteter, økonomisk vanskeligstilte, kritisk syke, og mennesker som lever i institusjon trukket frem. Det kan også mer generelt være individer som er mottakelige for tvang eller utilbørlig innflytelse. En kan si at barn, ungdom, personer med demenssykdom, alvorlig sykdom, psykisk sykdom/lidelse, utviklingshemming, personer som har en rusmiddelavhengighet og som har opplevd traumatiske hendelser, kan betegnes som utsatte grupper. Også studenter kan regnes som en sårbar gruppe. Det er sikkert sykepleiere her som veileder studenter.

Når det gjelder utviklingshemmede, vil jeg påpeke at dette er en stor og sammensatt gruppe. Det kan være særlig utfordrende å vurdere personens evne til å lære. Personen kan ha store lærevansker, noe som gjør gruppen særlig sårbar. Det må en sykepleier tenke på i sin higen etter å gi «*god informasjon*». Ikke alle vil ha evne til å lære.

På et *personlig* plan kan en person i noen situasjoner, oppleve seg avkledd og mangle evne til å beskytte seg selv. Han eller hun kan føle seg liten, tander og avmektig. Noe som kan representere en skjør tilværelse der alt kan skje (fritt etter Wogn-Henriksen, 2012) Der har vi vel alle vært, i situasjoner hvor vi har nedsatt almenntilstand, ikke klarer å snakke for oss selv, eller blir utsatt for hersketeknikker eller andre uheldige kontrollmekanismer. Sårbarhet er relatert til tilstand, relasjoner og situasjoner:

«På den ene siden er alle mennesker potensielt sårbare, og på den andre siden er det etisk betenkelig å anse alle mennesker potensielt sårbare som i en uforanderlig tilstand, uavhengig av person og situasjon». (Ausland, 2010:129)

Man kan si at det er to muligheter. Sårbarhet kan være en livsbetingelse som gir personene mulighet til å leve seg inn i hverandres situasjon og lidelse, og ta hensyn til hverandre. Eller sårbarheten kan bli noe problematisk, nærmest noe patologisk. Sårbarheten kan bli gjenstand for en slags menneskelig devaluering: «Du er så sårbar, du kan ikke regnes med...». Det kommer jeg tilbake til når jeg skal snakke om hva en *person* er. Sårbarhet og etikk er altså tett knyttet sammen. Etikken leveres i de menneskelige relasjonene. Det handler grunnleggende sett om at man blottlegger sin sårbarhet og våger seg frem til en annen person, ut fra en tillit til at den andre vil en vel. Den som viser meg tillit, utløser en utfordring om at jeg skal ivareta ham

eller henne. Forlegenhet og skamfølelse kan være resultat av at den blottstilte sårbarheten ikke blir ivaretatt (Martinsen, 2012a).

Et etisk prinsipp i sykepleie er «bekymring for det sårbare» som kan knyttes til det levende, det som kan krenkes. Ved å ta hensyn til, ha ansvar og omsorg for det som lever sin sårbarhet, det vil si de grenser som det levende setter for inngrep, kan det levende bevares, dets integritet kan forbli hel. **Integritet** kan forstås som:

«en sårbar livssammenheng som en står i, og som sier noe om grenser for inngrep. (...). Det appellerer til den andre om oppmerksomhet, som en vilje til beskyttelse av det sårbare, hvis det blir nødvendig. Men det er en beskyttelse som vil bevare den andre hel og uskadd» (Martinsen, 2005:32).

Respekt for personens integritet er et etisk prinsipp i sykepleie. Det er i kraft av vår egen sårbarhet at vi blir personer som tar ansvar for «den andre». Kroppen som helhet er sårbar. Relasjonene mellom oss er sårbare. Sårbarheten strekker seg utover det mellommenneskelige. Vi har ansvaret for naturen som helhet! Verden, mennesker og dyr er avhengige av hverandre, vi deler alle den samme sårbarheten. Vi må ta hensyn til naturen og universets integritet slik at vi kan bevare den som hel og uskadd. Kanskje for seint med det nå da, men bevissthet og gode handlinger er aldri for seint.

#### Gode, verdige liv - velvære

Sykepleie er organisering av og pleie til personer som er syke. I International Council of Nurses (ICN) (2014) sin definisjon av sykepleie er helsefremming og sykdomsforebygging nevnt innledningsvis. Man kan spørre om helse og sykdom er motsetninger. Jeg mener at det ikke er det. Helse og sykdom kan være samtidige fenomener. Noen mener at det blir så mye snakk om helse, at det å ivareta de sykeste pasientene blir underkjent. Vi har begrepet *helsevesen* som skal bidra til at folk blir *helse*-opplyste og holder seg frisk, men som også skal ivareta de syke på en ordentlig måte. Ivaretakelsen av sykepleien til de syke kan bli underkjent, og ansvar individualisert til den syke selv og eventuelle pårørende. Vi kan aldri forebygge sykdom og fremme helsen vår slik at vi ikke blir syke. Sykdom og helse er sider ved det menneskelige liv, og tilstede samtidig. Slik jeg ser det handler sykepleie om å ivareta folk som er syke, men også å sørge for, så godt det lar seg gjøre å unngå sykdom, og fremme deres opplevelse av velvære og mening i den grad det er mulig gjennom alle stadier av friskhet og sykdom. Man har delt helse og sykdom inn i psykisk og somatisk sykdom og lidelse. Det er forskjellig, men også likt. Noen har kroniske, andre har alvorlige

lidelser/sykdommer og noen blir akutt syke. Vi må ha bred innsikt i sykdom, helse og velvære i et samfunnsmessig perspektiv, og den innsikta må tilpasses hvert enkelt individ (fritt etter Elstad, 2014).

Gode verdige liv er relatert til *helse*. Mange skriver om helse, men unnlater å avklare sin forståelse av begrepet på en utfyllende måte. Helse kan forstås som et potensiale som alle mennesker har. Det er en ressurs som kan tilpasses, som er tilstede uansett om man er syk eller frisk, og kan ses på som en grunnleggende motstandskraft. Helse kan forstås som velvære da det reflekterer levd erfaring av sykdom. Velvære har noe å gjøre med hva man gjør ut av sine muligheter og om det gir en følelse av mening. Det mellommenneskelige, og det å yte omsorg overfor andre og en følelse av at andre bryr seg om en, er vesentlig for helseopplevelsen (Benner og Wrubel, 1989; World Health Organization (WHO), 2014). Det mellommenneskelige knytter velvære til etikk som har et annet mål enn å bare følge personens ønsker. Ved eudaimonia – «det gode liv» - får en realisert det beste av sine potensialer og fornuftsevner (Nortvedt, 2016 viser til Aristoteles). Helsefremmende sykepleie er derfor knyttet til etisk ansvar. Menneskelighet er knyttet til sårbarhet, og alle personer bør møtes på en måte som ivaretar tillit, og som gir en opplevelse av at hjelperen vil en vel. Etter denne forståelsen er det jo ikke alt som er helse/velvære. Vår kunnskap om hva som fremmer og hemmer god helse, alt fra sigarettøyk til fet og søt mat, til voldelighet og risikoatferd, er fortsatt noe vi som fagpersoner kan fremme kunnskap om, uten å bli moraliserende.

### Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie kan belyses ut fra en humanistisk filosofisk tradisjon (jfr. Rogers, 1961; Henriksen & Vetlesen, 2006; Brooker, 2007 og 2003); McCormack, 2004; Kitwood, 1995 og 1997). Verdsetting av personene, det vil si både pasientene og pleierne, og ivaretagelse av deres rettigheter er sentralt. Man bør forholde seg til personen som enkeltindivid med en unik historie, ha innlevelse i personens perspektiv og forståelse av behovet for berikende sosiale omgivelser (Kitwood, 1995).

Personsentrert omsorg finner sted i *relasjonen* mellom pasient og pleiere (Brooker, 2003, Kitwood, 1997a, b), eller mellom pasient og pårørende. Det å fremme velfungerende relasjoner vil derfor være en vesentlig del av det å fremme personsentrert omsorg (Brooker, 2003). Personsentrert omsorg innebærer at både pasienten og sykepleieren må verdsettes og respekteres (Baldwin & Capstick, 2007; McCormack, 2004; Kitwood, 1995; Martinsen, 2005,

1989). Det samme gjelder for pårørende. For meg er pårørende blitt et særdeles viktig tema, fordi de er vesentlige deler av pasienten sin sammenheng og i kraft av sitt egenverd. Det er et individperspektiv, men individet er en del av en kontekst. International Council of Nurses' (ICNs) etiske regler for sykepleiere samsvarer med sentrale deler av tanken bak personsentrert sykepleie: ”Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis” (Norsk Sykepleierforbund 2011:5).

En personsentrert tilnærming i sykepleien kan bidra til at hjelpetrengende personer fortsatt kan oppleve sammenheng, identitet og tilhørighet i eget liv. Man kan skille mellom indre og ytre kontinuitet (Fossland og Thorsen, 2010). Indre kontinuitet dreier seg om følelser, verdier og preferanser, og opplevelsen av forbindelse til fortiden. Ytre kontinuitet oppleves når det er sammenheng i fysiske og sosiale omgivelser, roller og aktiviteter. Identitetsutviklingen kan også knyttes til en indre følelsesmessig prosess, og til samfunnet vi lever i (Erikson, 1968; Erikson & Erikson, 1997). Det ytre identifiserer og karakteriserer personen, mens det indre har med verdier å gjøre: Hvor vi er i livet og hva vi står for. Det ytre og det indre danner en sammenheng gjennom livet. Det å bli bekreftet av andre personer er med på å forme identiteten som er fleksibel. Personen beholder evne til omdannelse gjennom forskjellige livserfaringer (Kroger, 2002).

### Verdighet

En måte å se verden på som *kun* er naturvitenskapelig, inneholder ingen etikk, den er objektiviserende. Naturen forstås da som objekter som er skilt fra oss. Vi står utenfor naturen og prinsippene om verdighet, sårbarhet og integritet har ingen betydning (Martinsen, 2000). Det får konsekvens for hvordan vi ser på *hva en person er*. Er det intellektet, den kognitive delen av personen som avgjør? Eller er det den levende kroppens tilstedeværelsen som skal definere hva en person er? Hvordan er menneskesynet vårt når det gjelder sårbare, utsatte grupper eller enkeltindivid? Dette er jo forhold vi ikke alltid er bevisste på.

Verdsetting krever forståelse av og at vi tar stilling til hva det vil si å være en person. Sykepleieren må ha en ikke-fordømmende holdning til de unike aspektene ved hvert individ (Brooker, 2003). Det er altså *en* oppfatning at det å være en person avhenger av tankens bevissthet og et sammenhengende minne. Intellekt og rikdom henger høyt når en person skal settes verdi på. Bare tenk på hvordan begrepet *profilert*, eller til og med *høyprofilert* brukes. Det skal mye til for at en person fra de gruppene som regnes som sårbare, får en slik omtale.

En person med demens kan etter en definisjon hvor intellektet avgjør, ikke oppfattes som den samme personen etter hvert som sykdommen skrider frem, eller ikke som en person i det hele tatt i de alvorligste stadiene av sykdommen. Hva med en person som er avhengig av rusmidler og har psykisk lidelse samtidig, hvordan regnes den personlige verdien? Noen personer har redusert eller ingen evne til utvikling gjennom læring. Personen har like stort personverd, uansett evne til å lære. Deres rettigheter skal ivaretas gjennom relevante handlinger. Evne til læring kan også variere i forskjellige relasjoner og situasjoner.

Samfunnet setter en høyere verdi på ungdommelighet og intellektuell kapasitet. Gamle mennesker og spesielt de som har mentale lidelser eller kognitive svekkelser, er utsatt for risiko for å bli forhåndsdømt. Gamle som har demenssykdom, kan lide dobbelt så stor risiko for fordømmelse, de er både gamle og har en sykdom som svekker tanken og evne til kommunikasjon (Brooker, 2003). Dette kan overføres til andre, blant annet personer med lav sosial status som har mental sykdom. Diskriminering kan fremkomme ved politiske prioriteringer, når omsorgstjenester og ressurser skal fordeles, ved profesjonell kompetanseheving og status, ved forskning og medias dekning (Brooker, 2003). Vi kjenner alle til utsagn som «de er ikke en sterk pressgruppe», «de klarer ikke å tale for egen sak», og så videre. Vi kan objektivere og tingliggjøre andre med vårt blikk, hender, holdninger, handlinger eller uttalelser, eller det motsatte som bekrefter og anerkjenner den andres eksistens. Man kan ha aktelse for den andres uerstattelighet og livshistorie, og søke etter mening i det personen uttrykker.

En person kan forstås som «en representasjon av kroppslig tilstedeværelse» (a situated-embodied-agent) (Brooker, 2003). Det er en kroppsliggjort tilstedeværelse som kan få ting til å skje, som sanser, fornemmer, er relasjonell og har en livshistorie, altså en person som er verdt respekt. Denne forståelsen fremmer solidaritet mellom alle mennesker, uansett mental kapasitet. Man ser alle mennesker som verdifulle. Å behandle alle personer som helhetlige mennesker er rett og sivilisert. En personsentrert sykepleiefaglig tilnærming må ha sitt grunnlag i en forståelse av at en person er verdifull i seg selv, i kraft av å være et kroppslig værende som er tilstede her og nå.

### Individuell tilnærming

Personsentrert sykepleie innebærer å fremme en *individuell* tilnærming for å vurdere og møte de unike behovene den hjelpetrequende personen har. Det er en tilnærming som fremmer

individets styrker og sårbarhet, og hvor sykdom og lidelse ses på som *deler* av et bilde, heller enn en definisjon på deres identitet. Folk bidrar med unike personligheter og livserfaring, mestringsressurser og nettverk. De opplever sykdom forskjellig, og vil derfor ha forskjellig behov for sykepleie. Sykepleieren må forholde seg til det individet trenger, ikke til gruppen, eller det de ansatte opplever er behovet.

Man må ha en viss innsikt i personens livsløp for å yte sykepleie som bidrar til en mest mulig meningsfylt tilværelse for den enkelte. Sykepleierne kan få innsikt i personens tidligere liv gjennom deres og pårørendes fortellinger. Etersom det kontinuerlig skapes nye fortellinger, skapes det også nye meninger. Det er disse sykepleierne må strebe etter å bli kjent med, når de skal fremme personens tilhørighet i eget liv. Livshistorien med biografi, aktiviteter, interesser, vaner og verdier er i fokus. Og så blir spørsmålet: Hva når personen bare har vanskelige fortellinger, om et liv som inn i mellom eller hele tiden, tilsynelatende ikke har gitt mening? Utvalget i min forskning tilhørte sårbare grupper, men deltakerne hadde pårørende som de hadde gode relasjoner til, de kunne kommunisere ganske godt og det virket som om de hadde hatt et liv hvor de hadde mestret mange utfordringer. Men hva med de som ikke klarer å snakke for seg, og som heller ikke har pårørende som kan snakke for seg? Jeg tror at alle har noe i deres livshistorie som har vært med på å forme dem som personer, noe som har blitt opplevd som meningsfylt. Kan man finne frem til det for å fremme identitet og kontinuitet i livet, slik at personen kan oppleve tilhørighet i eget liv?

#### Å se verden fra Personens perspektiv

Et personsentrert fokus innebærer at det rettes oppmerksomhet både på personens ressurser og mot sykdom og lidelse, samtidig. Det gis konkrete instruksjoner og anbefalinger relatert til pleie av den syke, samtidig som personsentrering innebærer individuelle hensyn og utøvelse av godt skjønn. Et skjønn krever at sykepleieren har et oppmerksomt nærvær, en sansende tilstedeværelse, har overblikk over situasjonen, innsikt i relevant kunnskaper og prosedyrer for å handle best mulig for og med personen, der effektivitet og hurtighet også kreves. Det er en effektivitet som er nærværende i situasjonen det handles i (Martinsen, 2012b).

Det handler om å forsøke å se og innse hva som er det beste for personen og hans eller hennes pårørende i den aktuelle situasjonen (jfr. Martinsen & Eriksson, 2009; Martinsen, 2005; Elstad, 2014). Personens subjektive erfaring ses på som virkelig, og sykepleieren må gå inn i den verdensoppfatningen som individet refererer seg til, for å forstå verden fra deres side. Sykepleie

dreier seg om å forstå og handle ut fra personens subjektive erfaring av sykdom og lidelse. Man kan for eksempel forstå hvordan det er å leve med demenssykdom hvis man retter oppmerksomhet mot personens psykologiske respons i sosiale sammenhenger. Uttrykker personen manglende forståelse av det som skjer, blir personen urolig, eller ser vedkommende fortvilet ut? Siktemålet er å hjelpe og støtte ut fra det man erfarer at individet erfarer. Man må være åpen og undrende til den andres erfaring. Et annet eksempel; man kan forstå hvordan det er å leve med en alvorlig psykotisk tilstand hvis man retter oppmerksomheten mot personens psykologiske respons i sosiale kontekster, ser personen mot noe som ikke de andre ser, lytter personen oppmerksomt, eller ser personen engstelig ut og vil forlate? Sykepleieren må støtte ut fra det man erfarer at individet erfarer.

Hvis man ikke tar personens perspektiv, kan omsorgen bli basert på ren gjetning. Utsatte grupper kan ha et høyt nivå av utfordrende atferd – det kan være et uttrykk for at de *kjemper* for å bli hørt og forstått. De kan oppleve en slags utbrenthet fordi de har forsøkt å bli hørt i mange sammenhenger. Etter hvert kan det igjen føre til en form for lært hjelpeløshet.

#### Positive sosiale omgivelser

Det kan være utfordringer knyttet til det interpersonlige forholdet mellom pasienten og sykepleien; samhandlingen og kommunikasjonen fungerer ikke tilfredsstillende. Uten at sykepleierne er oppmerksom på egen væremåte, kan deres være- og handlemåte oppleves som uverdige for personen. Gode relasjoner ses på som nøkkel til vekst og forandring. Når personen ikke kan kommunisere verbalt, er en varm, aksepterende menneskelig kontakt vesentlig. Positive relasjoner og samhandling skal bidra til at personen opplever seg verdifull. Sykepleieren må være oppmerksom på egen væremåte ved omsorg for andre. Det handler om tale, blick, kroppsholdning, og hvordan man står eller sitter i forhold til den andre personen.

#### Sykepleie som bidrar til gode verdige liv

Jeg vil knytte personsentrert sykepleie til sårbare personer til dokumentasjon, fagutvikling, veiledning, organisering av tjenesten, metoder for å få kjennskap til hvem personen er og det å utnytte hverdagslige situasjoner hvor pasienten og sykepleieren likevel har kontakt.

Dokumentasjon av sykepleien til pasienten skal bidra til kontinuitet, ikke bare i pleien av den syke, men også slik at pleien støtter opp om personens opplevelse av tilhørighet i eget liv, og derved til et godt og verdig liv. Dokumentasjonen skal være kortfattet. Vi dokumenterer fordi



det er lovpålagt. Men det er ikke bare det syke som skal vektlegges, men også det friske som utgjør en viktig del av personens identitet. Mestringsressursene ligger i det friske som bidrar til helhet og sammenheng og et meningsfylt liv.

Fagutvikling og veiledning bidrar til å fremme personsentrert sykepleie. Sykepleiekollegiet kan diskutere personsentrert sykepleie opp mot hver enkelt person. Det kan oppleves som en utfordring at det er mange ufaglærte som arbeider i pleie- og omsorgstjenesten. Det er viktig at sykepleiere har tid og rom til kontinuerlig opplæring og veiledning, og at det er anerkjent og verdsatt, både av ledelse og kollegaer. Både pasienter, pårørende og pleiere skal verdsettes, og da er veiledningsressurs vesentlig.

Organiseringen av sykepleietjenesten må gi rom til en personsentrert kultur. Det er viktig at det ikke er så mange forskjellige hjelpere til hver pasient. Sykepleieren må få mulighet til å bli kjent med både personen og livssituasjonen, og hvordan sykdomsforløpet arter seg, slik at de kan styrke, støtte og bekrefte personen sin tilhørighet i eget liv, også gjennom sykdom.

Det er viktig å ha kunnskap om lokale forhold, om sammenhengen personen lever i, i sin hverdag. Å være syk og i tillegg hjemmefra, kan oppleves som en dobbelt belastning. Vi har vært vant til å tenke at vi skal skjerme pasienter fra å møte noen fra hjemstedet, om de for eksempel er innlagt på UNN; i Breivika eller på Åsgård, men hva hvis det er slik at sykepleieren kan få veiledning om nærhet og avstand, og bidra til personen sin hjemfølelse? Vil det ha noe å si for tilfriskningen?

Hjemmebesøk og/eller informasjonsinnhenting fra pasientens familie eller andre personen har et nært forhold til, kan bidra til trygghet og kjennskap. Det kan ta tid, men på sikt være ressursbesparende. En får utgangspunkt i noe å snakke om, hverdagsliv, bilder på veggene, hvordan huset eller en leiligheten er organisert, praktiske forhold, omgivelsene ute og relasjoner i området, alt fra nærbutikk til naturen rundt.

Sykepleieren kan fremme en følelse av tilhørighet og identitet gjennom daglige aktiviteter, for eksempel ved personlig omsorg og måltider. Grunnleggende sykepleie innebærer å legge til rette for at personen skal få stelt seg, spist og ha meningsfulle aktiviteter. Hvordan kan en utnytte møtene med personen i hverdagen, til fremme identitet, kontinuitet, tilhørighet i eget liv; altså et godt og verdig liv? Selvfølgelig avgjør sykdommens alvorlighetsgrad, noen

ganger er det viktig å ikke si noe, la pasienten mest få ro og hvile. Men når situasjonen tillater det, kan sykepleieren utnytte sitt kjennskap til personens liv, til meningsfulle samtaler og gjøremål som bidrar til at vedkommende opplever et godt og verdig liv.

Det er viktig å forsterke en følelse av tilhørighet i eget liv for alle personer og verdsette den personen er. Hvis sykepleieren gjennom holdning og handling, klarer å uttrykke at personen er et verdifullt menneske, vil det gi en følelse av menneskeverd, også gjennom sykdomsforløp.

## Referanser

Alvsvåg, H. (2010) På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. Oslo: Akribe

Ausland, LH. (2010). De bestemmer jo selv. Om følgeforskning og etiske spørsmål i et boligprosjekt. I Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (red.). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Baldwin, C. & Capstick, A. (ed.) (2007): *Tom Kitwood on dementia. A Reader and Critical Commentary*. London, New York: The McGraw-Hill Companies

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley Publishing Company. California. USA

Brooker, D. (2007): *Person-centred dementia care. Making services better*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Brooker, D. (2003) What is person-centred care in dementia? *Clinical Gerontology*. 13, pp 215-222 (7 sider)

DOI: 10.1017/S095925980400108X

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). Sårbare grupper

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>  
(hentet 15.11.19)

Drageset, I (2019). Research involving older persons with dementia; ethical considerations. *Klinisk Sygepleje* 2019; Volum 33 (03). ISSN 0902-2767.s 219 - 233.s doi:[10.18261/issn.1903-2285-2019-03-05](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-03-05).

Drageset, I. Normann, H. K & Elstad, I. (2015): Identity-supportive nursing of patients with dementia in nursing homes. *Nordisk Sygeplejeforskning*, Nr 3, 2015, årgang 5, 296-310

Drageset, I. (2015). PhD-avhandling: "*Å sette staven igjen*" – tilhørighet til familie, sted, personer og natur. *Å fremme et meningsfylt liv for personer med demenssykdom i sykehjem i Nord-Norge*. Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultetet, UiT Norges Arktiske universitet, (disputas 23.1.2015)

Drageset, I., Normann, K. og Elstad I. (2013). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Nr. 1-2013, 9. årgang, 50-66.

Drageset, I., Normann, K. og Elstad I. (2012). Familie og kontinuitet: Pårørende forteller om livsløpet til personer med demenssykdom. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Nr. 1-2012, 8. årgang, 3-19.

Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking. Grunnlagstenkning i sjukepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Erikson, E. H. & Erikson, J. M. (1997): *The life Cycle Completed. Extended Version with New Chapters on the Ninth Stage of Development by Joan M. Erikson*. New York/London; W. W. Norton & Company

- Erikson, E. H. (1968): *Identity, Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company, Inc
- Fossland, T. & Thorsen, K. (2010): *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Haugan, G. & Rannestad, T. (red.) (2014): *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Konsmo, T. 1995. ...en hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie. – en presentasjon av Benner og Wrubels teori. Oslo: Tano A.S. s. 115
- Kroger, J. (2002): Identity Processes and Contents Through the Years of Late Adulthood. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2 (1), 81-99.  
[https://doi.org/10.1207/S1532706XID0201\\_05](https://doi.org/10.1207/S1532706XID0201_05)
- International Council of Nurses (ICN) (2014) Definition of Nursing  
<http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>  
(22.05.2015)
- Kitwood, T. (1997a): *Dementia reconsidered the person comes first*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press
- Kitwood, T. (1997b): The experience of dementia. *Aging and Mental Health* 1997;1 (1):13-22
- Kitwood, T. (1995): Positive long-term changes in dementia: Some preliminary observations. *Journal of Mental Health* (1995) 4, 133-144
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal
- Martinsen, K. (2012a). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. (2012b): Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk Sygepleje* 26. årgang, nr 2, 30-37  
[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2012/02/filosofi\\_og\\_fortellinger\\_om\\_saarbarhet](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2012/02/filosofi_og_fortellinger_om_saarbarhet)  
(hentet 22.10.19)
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009): *Å se og innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. 2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano Forlag

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historiske-filosofiske essays*. Oslo: TANO

Norsk Sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. (11 sider)

[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk. Grunnlagstenkning i sykepleie*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*, 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Rogers, C. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.

Vetlesen A. J. (2010): Empati under press. I *Sykepleien*, nr 3, 2010, 25. februar, 98. årgang, 60-63, 3 sider Hentet fra

<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/331660.pdf> (hentet 15.11.19)

Vygotskij (2001). *Tenkning og tale*. Basis. Oslo: Gyldendal akademisk

Wogn-Henriksen, K. (2012). *"Du må ... skape deg et liv."* En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. Avhandling for graden philosophiae doctor. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Psykologisk institutt

World Health Organization (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Bulletin of the World Health Organization*, 79 (4) <file:///C:/Users/imd022/Downloads/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects.pdf> (Accessed 27.3.2019)

World Health Organization (WHO) (2014). Definition "mental health". [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) (hentet 16.9.2019)