

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Slik kan sykepleiere styrke pasientens autonomi

Pasienter med demens kan oppleve det som inngripende å få beslutningskompetansen vurdert. Sykepleiere må møte pasienten med tillit og klar informasjon før de vurderer tvang.

Anne Kari Tolo Heggstad

Professor og forsker

VID vitenskapelige høyskole og Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Etikk

Mennesker med demens

Klinisk undersøkelses-, vurderings- og beslutningskompetanse

Sykepleien 2025;113(99912):e-99912

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.99912](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.99912)

Hovedbudskap

Sykepleiere har en viktig rolle i å støtte og vurdere beslutningskompetanse hos pasienter med demens når de skal ta avgjørelser. Vi må ha kunnskap om både lovregler og etiske spørsmål. Ved å gi tilpasset informasjon, skape trygghet og bygge gode relasjoner kan vi hjelpe pasienten til å forstå og medvirke i beslutninger om egen helse. Sykepleieres innsats kan være avgjørende for å styrke pasientens autonomi og samtidig redusere behovet for tvang.

Et viktig kriterium for å kunne gjøre vedtak om tvang, både i psykisk helsevern og i somatisk helsetjeneste, er at pasienten mangler beslutningskompetanse (1). Fordi dette er så viktig, må vi som sykepleiere vite hva beslutningskompetanse betyr, og hvordan vi kan vurdere om en pasient er beslutningskompetent.

Å få vurdert sin evne til å samtykke og ta beslutninger, og at helsepersonell kanskje må ta valg på ens vegne, kan oppleves som inngripende. Det er derfor også etisk relevant å tenke over *når* det er riktig å vurdere beslutningskompetansen, og *hvordan* man går frem.

Det å kunne samtykke og være med på å ta beslutninger om egen helsehjelp handler om et av de viktigste etiske prinsippene i helsefaget – nemlig autonomiprinsippet (2). Når man samtykker, betyr det at man godtar og tillater at helsehjelp blir gitt.

I denne fagartikkelen forklarer jeg hva beslutningskompetanse er, når og hvordan den bør vurderes, og hvilke etiske refleksjoner som er relevante i slike vurderinger. Jeg går ikke nærmere inn på andre kriterier for tvangsvedtak, men viser til gjeldende lovverk: pasient- og brukerrettighetsloven og lov om psykisk helsevern (3, 4).

Hva er beslutningskompetanse?

Beslutningskompetanse i helsetjenesten betyr at pasienten er i stand til å forstå informasjonen som blir gitt, kan ta egne valg om helsehjelp og forstår konsekvensene av valgene sine (1).

Inntil nylig har man brukt begrepet samtykkekompetanse, men i et forslag til nye regler om tvang i helsetjenesten anbefales det nå å bruke beslutningskompetanse i stedet. Grunnen til dette er at det nye begrepet bedre gjenspeiler at pasienten både har rett til å si ja til helsehjelp – og til å takke nei (4).

«Beslutningskompetanse betyr at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, kan ta egne valg om helsehjelp og forstår konsekvensene av valgene sine.»

Hvis en pasient for eksempel har en psykisk lidelse eller demens, kan dette gå utover pasientens kognitive evner og dermed også pasientens evne til å ta beslutninger når det gjelder behovet for helsehjelp, altså beslutningskompetansen.

Det er likevel viktig å understreke at beslutningskompetanse ikke er knyttet til diagnoser. Selv om pasienten har en demensdiagnose eller en psykisk lidelse, betyr det ikke at pasienten mangler beslutningskompetanse. Dette blir også lagt vekt på i forslaget til endring av tvangsgivningen, der tilknytning til sykdom eller en spesiell tilstand er fjernet (4).

Beslutningskompetanse kan også variere fra situasjon til situasjon. En pasient kan ha beslutningskompetanse på ett område, men ikke på et annet. For eksempel kan en person forstå behovet for hjelp med personlig hygiene, men ikke forstå hvorfor medisinsk behandling er nødvendig.

Helsepersonell må vurdere kompetansen jevnlig

Man bør vurdere pasientens beslutningskompetanse når pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp og man er i tvil om pasienten forstår betydningen av å si nei. Det er først og fremst når vi vurderer å gjøre et vedtak om tvang at det er relevant å vurdere om pasienten er beslutningskompetent. Det er for eksempel ikke noe man bør gjøre som en rutine ved innleggelse på sykehjem eller sykehus.

Samtidig er det viktig å følge opp vurderingen jevnlig – for eksempel hvis pasientens helsetilstand eller funksjon endrer seg, eller hvis man vurderer nye tiltak som kan innebære

tvang. I psykisk helsevern kan vi se at pasientens beslutningskompetanse endrer seg når pasienten mottar helsehjelp og blir friskere. Da bør man gjøre en ny vurdering.

Det samme gjelder eldre pasienter som kan bli forvirret hvis de har en infeksjon, men der forvirringen blir mindre når infeksjonen behandles. Siden beslutningskompetansen kan variere ut fra situasjonen man skal ta beslutninger rundt, må kompetansen alltid vurderes konkret opp mot behandlingen eller tiltaket det gjelder (6).

Ifølge dagens helselovgivning må det være «åpenbart» at pasienten mangler beslutningskompetanse for at man skal kunne slå fast dette. I det nye forslaget til endring av tvangslovgivningen foreslås det imidlertid å bytte ut ordet «åpenbart» med «overveiende sannsynlig» (4). Det betyr at kravet for å vurdere at pasienten mangler beslutningskompetanse, er senket.

FARV brukes for å vurdere beslutningskompetanse

83 år gamle Kari bor på sykehjem og har moderat demens. Den siste uken har hun vært mer forvirret og urolig, og hun har fått påvist en urinveisinfeksjon. Legen har derfor satt henne på en antibiotikabehandling. Når sykepleieren skal gi henne medisiner, nekter hun å ta dem.

En vanlig metode for å vurdere en pasients beslutningskompetanse er å bruke FARV-kriteriene:

- **Forståelse** – evnen til å forstå informasjon om diagnose og behandling.
- **Anerkjennelse** – evnen til å erkjenne at informasjonen er relevant for egen situasjon.
- **Resonnering** – evnen til å drøfte informasjon og vurdere ulike valgmuligheter.
- **Valg** – evnen til å gi uttrykk for en preferanse, enten verbalt eller nonverbalt (1).

Ved å bruke disse kriteriene får man et helhetlig grunnlag for å vurdere om pasienten har beslutningskompetanse.

Pasienten mangler forståelse for alvorligheten

I situasjonen med Kari kan man for eksempel begynne med å informere henne om at hun har en urinveisinfeksjon som trenger behandling. Man kan spørre om hun har ubehag ved vannlating, og eventuelt relatere ubehaget og smertene til urinveisinfeksjonen.

Dersom hun viser at hun forstår at hun har en urinveisinfeksjon, men likevel sier at hun ikke trenger medisiner, kan det tyde på at hun ikke forstår hvor alvorlig infeksjonen er, eller hvorfor behandling er nødvendig.

«Hvis Kari etter å ha fått tilpasset og grundig informasjon fortsatt nekter behandling, taler det for at hun mangler beslutningskompetanse.»

Det kan også tyde på at hun ikke anerkjenner informasjonens betydning for sin egen situasjon. Da blir det vanskelig for henne å resonnerer rundt konsekvensene av ikke å få behandling.

Selv om Kari oppfyller det siste kriteriet – at hun viser at hun kan ta et valg – er det overveiende sannsynligvis at hun ikke oppfyller de andre kriteriene. Hvis hun etter å ha fått tilpasset og grundig informasjon fortsatt nekter behandling, taler det for at hun mangler beslutningskompetanse.

Sykepleiere kan vurdere beslutningskompetansen

Et nyttig verktøy i tillegg til FARV-kriteriene er Aid to Capacity Evaluation (ACE), utviklet i Canada og oversatt til norsk ved Senter for medisinsk etikk (5). Spørsmålene i dette skjemaet må brukes med varsomhet og tilpasses den aktuelle situasjonen.

Vurderingene er ofte enkle når det er tydelig at pasienten ikke forstår. De vanskelige vurderingene oppstår ofte når pasienten har et mer fluktuerende forløp – og veksler mellom å være klar og forvirret.

Det er ofte legen som vurderer pasientens beslutningskompetanse, men ifølge lovverket kan også den som yter helsehjelpen, gjøre dette. Det betyr at også sykepleiere og helsefagarbeidere kan ha dette ansvaret, så lenge de har nødvendig faglig kompetanse. Derfor er det viktig at sykepleiere får opplæring og mulighet til å øve på slike vurderinger i trygge fagmiljøer.

Et viktig argument for at sykepleiere bør gjøre disse vurderingene, er at de ofte er til stede i situasjoner der pasienten nekter å ta imot hjelp eller behandling. I tillegg kjenner de pasienten best og har et godt grunnlag for å gjøre en mer helhetlig vurdering.

Moralsk sensitivitet er avgjørende i vurderingen

Det kan oppstå flere etiske utfordringer når vi skal vurdere beslutningskompetansen til en pasient. Jeg har tidligere skrevet om begrepet moralsk sensitivitet i etikkartiklene mine her i Sykepleien, og jeg mener dette er helt avgjørende å ha med seg også i slike vurderinger.

Som nevnt tidligere, handler moralsk sensitivitet om å ha kunnskap og kompetanse som gjør oss i stand til å oppdage hvilke etiske verdier og prinsipper som er relevante i en situasjon – og dermed også kunne identifisere etiske utfordringer (6).

«Det første spørsmålet man bør stille seg, er om det i det hele tatt er nødvendig – eller etisk riktig – å vurdere pasientens beslutningskompetanse.»

Det første etiske spørsmålet man bør stille seg, er om det i det hele tatt er nødvendig – eller etisk riktig – å vurdere pasientens beslutningskompetanse. En slik vurdering kan oppleves som

inngripende, som nevnt tidligere, og kanskje også krenkende – særlig hvis resultatet er at pasienten blir vurdert til ikke å være beslutningskompetent.

Når man vurderer om det er aktuelt å fatte et vedtak om tvang, vil jeg derfor argumentere for at beslutningskompetanse ikke nødvendigvis bør være det første man vurderer. Kanskje bør man begynne med å vurdere noen av de andre kriteriene – for eksempel om helsehjelpen faktisk er nødvendig, eller om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelp.

Hvis man vurderer å gjøre et vedtak om tvang i somatisk helsehjelp, kan det dessuten være mer relevant først å prøve andre tillitsskapende tiltak, før man går videre til å vurdere pasientens beslutningskompetanse.

Sykepleieren skaper trygghet først

Som sykepleier må man reflektere over hva som kan bidra til at pasienten føler seg trygg. Dette kan dreie seg om helt grunnleggende kommunikasjon – å forklare hva man gjør underveis, og være bevisst både verbal og nonverbal kommunikasjon. Hvis du som sykepleier fremstår rolig og trygg, kan det ha en beroligende effekt på pasienten.

Andre tillitsskapende tiltak kan være å tilpasse samtalen til pasientens livserfaring, eller bruke musikk som virker beroligende.

Dersom slike tiltak fører frem, vil det ofte ikke være nødvendig å fatte vedtak om tvang – og heller ikke å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Poenget mitt er at man bør ha både en faglig og en moralsk begrunnelse før man går videre til å vurdere beslutningskompetanse.

Det kan også oppstå etiske utfordringer underveis når man har besluttet å vurdere pasientens beslutningskompetanse. Hvordan vurderingen gjennomføres, avhenger både av faglig kompetanse – for å gjøre en god vurdering – og etisk kompetanse, for å unngå å krenke pasienten i prosessen.

Sykepleieren må tilpasse kommunikasjonen

Hvordan vi kommuniserer med pasienten og informerer pasienten, har stor betydning for hvordan situasjonen oppleves. Snakker du til pasienten som en voksen person? Er du bevisst på å unngå en «ovenfra-og-ned»-holdning? Opplever pasienten at du tar vedkommende på alvor – og ser mer enn bare en diagnose eller et problem?

Ser du etter ressurser og muligheter, eller leter du etter begrensninger? Alt dette er etisk viktig å reflektere over når man vurderer en pasients beslutningskompetanse.

«Hvordan vi kommuniserer med pasienten og informerer pasienten, har stor betydning for hvordan situasjonen oppleves.»

Som nevnt kan man bruke skjemaer der man krysser av underveis i vurderingen. Dette kan bidra til å kvalitetssikre både spørsmålene som stilles, og informasjonen som gis – og dermed også selve vurderingen. Samtidig kan det oppleves krenkende for pasienten dersom verktøyet ikke brukes på en god måte.

Skjemaet bør derfor ikke brukes som en ren sjekkliste, men inngå som en del av en helhetlig vurdering. Man bør også være bevisst på hvordan spørsmålene stilles. Hvis beslutningskompetansen kan vurderes gjennom en så naturlig samtale som mulig, mener jeg det er det beste – slik at pasienten ikke føler seg forhørt eller eksaminert.

Helsepersonell har et moralsk ansvar

Som sykepleiere og helsepersonell har vi et moralsk ansvar for å legge til rette for at pasienten forstår informasjonen vi gir. Dette er viktig for at pasienten skal kunne vurderes som beslutningskompetent. Vi bør med andre ord gjøre det vi kan for å støtte og styrke pasientens beslutningskompetanse.

Dette innebærer både et faglig og et moralsk ansvar for å tilpasse informasjonen. Vi må for eksempel unngå vanskelig medisinsk språk og bruke ord pasienten forstår. I tillegg kan tidspunkt og omgivelser ha stor betydning.

For personer med demens kan det spille en rolle hvilken tid på døgnet vi vurderer beslutningskompetansen. Den kognitive svikten kan for eksempel være mer fremtredende på ettermiddagen eller kvelden, når de er slitne. Miljøet rundt pasienten kan også påvirke situasjonen og bidra til at pasienten i større eller mindre grad forstår informasjonen som blir gitt.

Videre vil jeg løfte frem hvilken betydning følelser og relasjoner kan ha når man vurderer beslutningskompetansen. FARV-kriteriene har blitt kritisert for å ha en ensidig kognitiv tilnærming (7). Opplevelsen og følelsen av trygghet kan for eksempel påvirke evnen vår til å ta imot og forstå informasjon, noe som understreker viktigheten av også å ta hensyn til det emosjonelle.

FAKTA

Hvordan støtte beslutningskompetansen hos pasienter med demens

- Gi informasjon på pasientens beste tid på dagen, for eksempel tidlig på formiddagen.
 - Gjenta og bekreft forståelsen underveis i samtalen.
 - Tilpass språket og unngå medisinske ord og uttrykk.
 - Sørg for rolige omgivelser og unngå tidspress.
 - Involver pårørende når det er relevant.
 - Dokumenter hvordan vurderingen er gjort, og hvilke tiltak som er forsøkt.
-

Relasjoner påvirker forståelsen

Også det relasjonelle aspektet kan være avgjørende. Dersom en person pasienten har tillit til – og som kjenner pasienten godt – står for informasjonen og vurderingen, kan det gjøre pasienten bedre i stand til å forstå og medvirke.

I en tidligere artikkel har jeg skrevet om betydningen av relasjonell autonomi (8). I vurderingen av beslutningskompetanse kan en slik relasjonell tilnærming være særlig viktig.

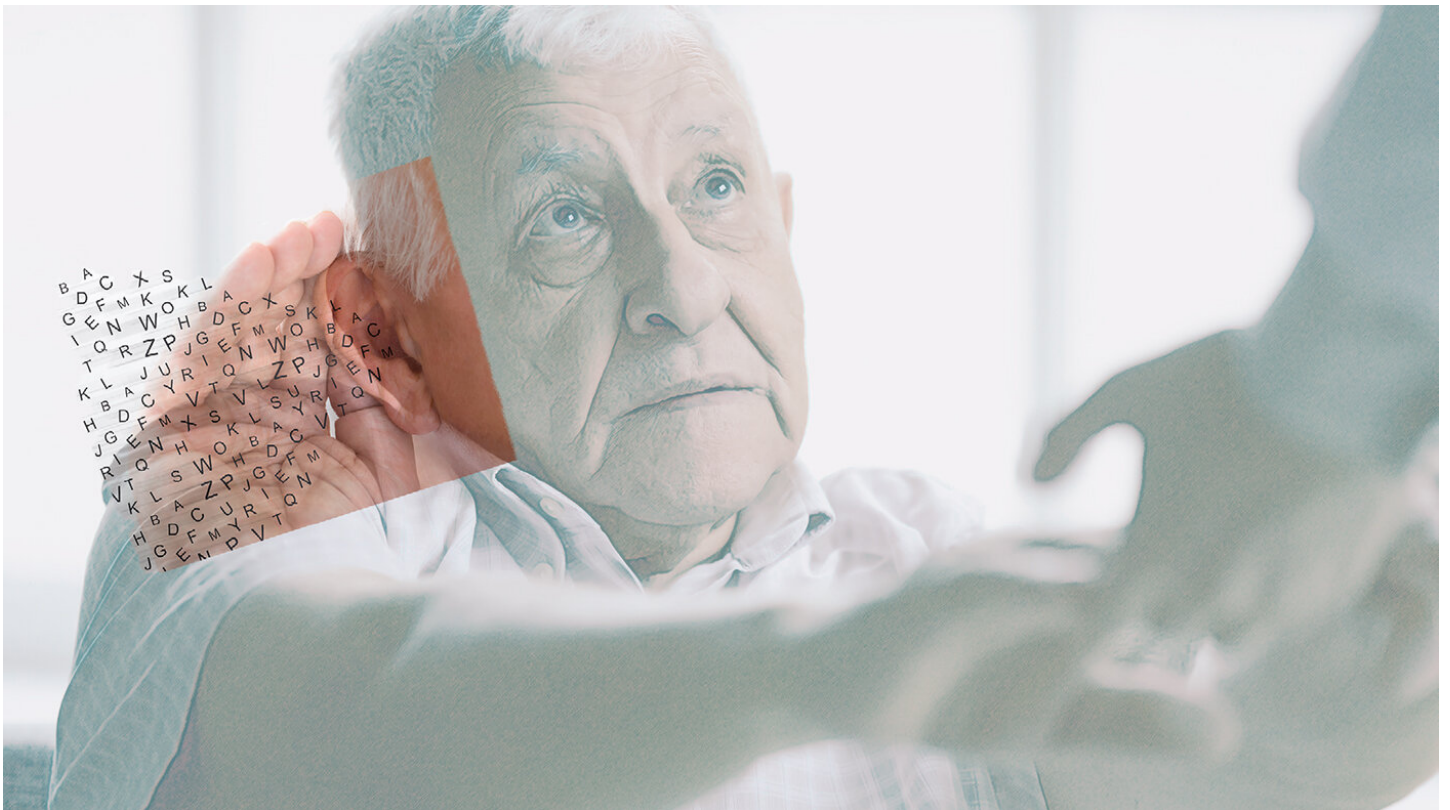
Mens en tradisjonell tilnærming til autonomi – og også FARV-kriteriene – legger mest vekt på fornuftsautonomi, altså hvordan fornuftsevnen påvirker våre evner til å ta valg, vil en emosjonell og relasjonell tilnærming også vektlegge betydningen av det relasjonelle og emosjonelle i valgene vi gjør (7, 9).

Ved å ha mennesker rundt oss som vi er trygge på og har tillit til, vil vi være i bedre stand til å forstå informasjon og ta beslutninger.

Sykepleiere trenger moralsk dømmekraft

I denne artikkelen har jeg forsøkt å belyse både faglige og etiske sider ved det å vurdere beslutningskompetansen hos en pasient. Som sykepleiere trenger vi ikke bare faglig kunnskap og kompetanse i selve vurderingen – vi trenger også moralsk dømmekraft til å vurdere *når* det er riktig å foreta en slik vurdering, og *hvordan* det bør gjøres på en måte som ivaretar pasientens integritet og verdighet.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



VIKTIG STØTTE: For å støtte beslutningskompetansen hos personer med demens er det viktig å gi informasjon når pasienten er mest opplagt, bruke enkelt språk uten faguttrykk, bekreft

forståelsen underveis og legg til rette for rolige samtaler uten tidspress. *Foto: Mostphotos / Montasje: Sissel Vetter*

1. Pedersen R. Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. I: Magelssen M, Førde R, Pedersen R, Lillemoen L, red. Etikk i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. s. 61–71.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics: Marking its fortieth anniversary. *Am J Bioeth.* 2019;19(11):9–12. DOI: [10.1080/15265161.2019.1665402](https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402)
3. Helsedirektoratet. § 4A-3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 26. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen-mv/-4a-3-adgang-til-a-gi-helsehjelp-som-pasienten-motsetter-seg#referere>
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 31 L (2024–2025). Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 4. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-31-l-20242025/id3076650/>
5. Universitetet i Oslo (UiO). Aid to Capacity Evaluation (ACE). Hjelpemiddel til vurdering av beslutningskompetanse. Oslo: UiO; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/sentrale-tema/samtykkekompetanse/ace2012.pdf>
6. Heggstad AKT. Etikk i klinisk sjukepleie. 2. utg. Oslo: Samlaget; 2022.
7. Hermann H, Trachsel M, Elger BS, Biller-Andorno N. Emotion and value in the evaluation of medical decision-making capacity: A narrative review of arguments. *Front Psychol.* 2016;7:765. DOI: [10.3389/fpsyg.2016.00765](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00765)
8. Heggstad AKT. Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever. *Sykepl Forsch.* 2021;109(83901):e-83901. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.83901](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83901)
9. Atkins K. Autonomy and autonomy competences: a practical and relational approach. *Nurs Philos.* 2006;7(4):205–15. DOI: [10.1111/j.1466-769X.2006.00266.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00266.x)