

HELSE I HVERT MØTE?

**Kreftpasienters oppfatninger
og sykepleieres kulturelt forankra meninger
om kommunikasjon og helse**

Februar 2001

Hildfrid Vikkelsmo Brataas

**Veileder: Professor Olav Sletta
Biveileder: Førsteamanuensis Eva Gjengedal**

**NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Trondheim**

INNHold		1
1.0	INNLEDNING	6
1.1	Pasienter med kreft	8
1.2	Å forske i egen kultur	9
1.3	Progresjon i avhandlingen	12
2.0	TEORETISK PERSPEKTIV	14
2.1	Kvalitet i sykepleie	14
2.1.1	Hvem forventer kvalitet i sykepleie?	18
2.1.2	Ledelse og kvalitet	19
2.1.3	Orientering mot biologisk og sosial kropp	20
2.1.4	Sykepleierne og pasientenes syn på samspill	23
2.2	Kulturelle helseforestillinger	25
2.2.1	Helse som fravær av sykdom	28
2.2.2	Velbefinnende og balanse	30
2.2.3	Vide og sammensatte helse forestillinger	32
2.3	Helseproblemer og forventninger til sykepleie	35
2.3.1	Diagnostisering og behandling av kreft	36
2.3.2	Kroppslig fungering	43

2.3.3	Psykisk og sosial fungering	46
2.3.4	Individuell livshistorie og livssituasjon	55
2.3.5	Pasienttilfredshet og sosial persepsjon	58
2.4	Profesjonell kommunikasjon	64
2.4.1	Kompetanse	64
2.4.2	Krav og forventninger til sykepleie	68
2.4.3	Sykepleiens omsorgsdimensjon	72
2.4.4	Profesjonell kommunikasjon og fremtreden	78
2.5	Fagkultur; praksis og meninger om samspill	94
2.5.1	Praksisbegrepet	94
2.5.2	Fagkultur og mening	100
2.6	Pasientperspektiv og sykepleier-/ fagkulturperspektiv	111
2.6.1	Hva menes med helsefremmende samspill?	111
2.6.2	Fagkultur, verdier og syn på kommunikasjon	119
3.0	METODE	126
3.1	Valg av fremgangsmåte	126

3. 2	Metoder for datasamling	129
3.2.1	Fokus-gruppe intervjuer med sykepleiere	129
3.2.2	Kvalitative intervju med pasienter	137
3.2.3	Spørreskjema om forventninger og meninger	140
3. 3	Triangulering	145
3. 4	Valg av informanter og arena	146
3.4.1	Utvalg sammensatt av pasienter	146
3.4.2	Utvalg sammensatt av sykepleiere	148
3. 5	Forskerrollen	151
3. 6	Analyseprosessen	153
3.6.1	Fra meningsytring til tekst og tall	153
3.6.2	Fra tekst og tall til teori	154
3. 7	Studiens troverdighet; dens styrke og svakheter	159
4. 0	RESULTATER	165
4. 1	Koding og tekstnær analyse av pasientintervjuer	165
4. 2	Støtte gjennom kommunikasjon	176
4.2.1	Samtaler om nylig oppdaget kreft	176

4.2.2	Å vite og forstå hva som skjer i sykehuset	184
4.2.3	Relasjoner og følelser	193
4.2.4	Praktisk hjelp og støtte i hverdagen	211
4.3	Helsefremmende kommunikasjon	220
4.3.1	Helseforestillinger blant kreftpasientene	227
4.3.2	Kommunikasjon som støtte for å fungere	226
4.4	Helse, kommunikasjon og kompetanse	244
4.4.1	Helse og livskvalitet	245
4.4.2	Kommunikasjon med kreftpasienter	257
4.5	Fagkultur, kompetanse og læring	303
4.5.1	Læring, samarbeid og arbeidsopplegg	304
4.5.2	Kulturens verdier og verdsatt praksis	317
5.0	DRØFTING OG SAMMENFATNING	320
5.1	Sykepleie som støttende kommunikasjon	320
5.2	Kultur og forventninger til profesjonell kommunikasjon	333
5.3	Studiens begrensninger og bidrag til forskning på feltet	340

LITTERATURLISTE 347

VEDLEGG

Vedlegg nr. 1:	Intervjuguide for fokus-gruppe intervjuer	356
Vedlegg nr. 2:	Intervjuguide for pasientintervjuer	357
Vedlegg nr. 3:	Spørreskjema for pasienter	358
Vedlegg nr. 4:	Spørreskjema for sykepleiere	362

LISTE OVER TABELLER

Tabell 1.	<i>Kommunikasjon med sykepleiere direkte om sykdommen; ønsker og realiteter.</i>	178
Tabell 2.	<i>Kommunikasjon med sykepleiere indirekte om sykdommen; ønsker og realiteter.</i>	178
Tabell 3.	<i>Kommunikasjon med sykepleiere om det pasientene burde vite; ønsker og realiteter.</i>	188
Tabell 4.	<i>Kommunikasjon med sykepleiere om følelser; ønsker og realiteter.</i>	200
Tabell 5.	<i>Nødvendig væremåte for at pasienten skal ha det bra; - å holde følelser unna, - å samtale om det vonde.</i>	201
Tabell 6.	<i>Betydning av humor hos sykepleiere for pasientene.</i>	202
Tabell 7.	<i>Pasientenes angivelser av hva samspill mellom pasient og sykepleiere førte til.</i>	228
Tabell 8.	<i>Pasienters ønsker og erfaringer av mengde kommunikasjon.</i>	297
Tabell 9.	<i>Sykepleiernes ønsker og erfaringer av mengde kommunikasjon.</i>	297

LISTE OVER FIGURER

Figur 1.	<i>Spesifisering av svar på pasientgrupper. Gjennomsnittskurver.</i>	229
Figur 2.	<i>Kreftpasienters støttebehov og motsvarende sykepleiefaglige mål for støttende kommunikasjon med</i>	

kreftpasienter.

321

1.0 INNLEDNING

Tema studien retter søkelyset mot, er *kvalitet i samspill* mellom helsepersonell og pasienter, avgrenset til samspill mellom sykepleiere og kreftpasienter i sykehus. Hvordan *oppleves* samspill mellom partene? Svarer kommunikasjon med sykepleiere som kreftpasienter erfarer til det de på forhånd hadde *forventet*? Hvilken *betydning* mener pasienter og sykepleiere at godt samspill har for *faglig omsorg* og *hensiktsmessig pleie* som fremmer pasientenes *helse*? Hva oppfattes som *godt samspill* med hensyn til å tilfredsstille pasientenes behov for *profesjonell hjelp*? Denne type undring ledet til det første av to spørsmål som utgjør studiens problemstilling:

Hva forstår kreftpasienter og sykepleiere i sykehus med helsefremmende samspill mellom de to partene?

Det spørres her etter opplevelser og meninger hos begge parter som har erfaringer fra slikt samspill. Pasienter og sykepleiere kan ha både ulike og sammenfallende forventninger til og meninger om samspillet kvaliteten. I den senere tid er det fra politisk hold lagt vekt på å styrke pasientenes rettigheter til å medvirke ved valg og gjennomføring av helsehjelp, deriblant sykepleie. Pasienter får en lovfestet rett til å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet 1998a). Det er også blitt arbeidet mye med å høyne kvaliteten på helsetjenestene, og pasientperspektivet inngår som en vesentlig del i grunnlaget for å bedømme kvalitet i ulike områder av helsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet 1997a). For å yte pasienter sykepleie av god kvalitet, sett i pasientenes perspektiver, trenger en kunnskap om deres forventninger og erfaringer, og om hva som er viktig for dem slik de ser det. Men sykepleie handler ikke bare om å tilfredsstille pasientenes forventninger. Sykepleie er også en faglig fundert praksis. Med god kvalitet i tjenesten innfrir sykepleieren forventninger om å utøve en praksis som holder *faglige* normer og innfrir faglige mål.

Sykepleiere forventes å legge til grunn faglig kunnskap og innsikt. Dersom pasienten skal ha mulighet for informert medvirkning ved valg og gjennomføring av sykepleietiltak, slik intensjonen er med den lovfestede rettigheten (Sosial- og helsedepartementet 1998a), er det en forutsetning at sykepleieren formidler nødvendig informasjon til pasienten. Medvirkningens form skal tilpasses den enkelte pasients evne til å gi og motta informasjon, det vil si at den skal tilpasses pasientens *samtykkekompetanse* (op.cit.). Men informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade. Pasientenes rettigheter innebærer motsvarende behov for kompetanse hos sykepleiere som skal yte slik helsetjeneste i fremtiden. Samspiller sykepleiere tradisjonelt på slik måte at pasientenes nye lovfestede rettigheter blir imøtekommet? Dette spørsmålet vil jeg komme nærmere tilbake til i drøftingen av empiriske funn.

Sykepleiere gjør seg sine faglige vurderinger om hva som er viktig for pasientene. Deres syn på kvalitet i samspill kan, men behøver ikke å være sammenfallende med pasientenes syn. Sykepleiernes syn kan bære preg av det faglige fellesskapet, hvor felles grunnsyn, fagkunnskap og sedvane er forankret i fagkulturen. I fagkulturen kan en sette en “taus” standard for sykepleie, hvor samspill hører inn som en mer eller mindre betydningsfull faktor i faglig helsehjelp av høy kvalitet, sett i sykepleiegruppens perspektiv. Representerer sykepleiere i sykehus en fagkultur som verdsetter samspill som virkemiddel i helsefremmende sykepleie til pasienter med kreft? Hva menes med helsefremmende samspill, sett i perspektivet til sykepleiere som yter hjelp og omsorg til pasienter som er i sykehuset fordi di har kreft? Denne undring har ledet til det andre spørsmålet som utgjør studiens problemstilling:

Hva kjennetegner sykepleiekulturens verdsetting av profesjonell kommunikasjon og syn på tilegnelse av kommunikasjonskompetanse?

Termen *profesjonell* viser til det som forventes i dette yrket. Samlet utgjør kunnskap om pasienters erfaringer og synspunkter sammen med sykepleiernes

erfaringer og meninger om samspill og kompetanse, en kunnskapskilde som gir grunnlag for å beskrive et bilde av samspillet kvalitativt, hvor det tas hensyn til synsvinkler hos begge typer aktører. Studien retter fokus mot både pasientenes og sykepleiernes syn på samspill som skjer når pasientene er innlagt i sykehuset til undersøkelse, diagnostisering eller behandling av kreft. Eventuelle sprik mellom sykepleiere og pasienters oppfatninger om sykepleiens funksjon og praksis kan være et hinder for gjensidig forståelse, mens likheter i oppfatninger kan fremme forståelse. Dersom kulturelt forankra oppfatninger og tenkemåte blir synlige, kan de drøftes, forstås, og eventuelt legges til grunn for tilnærminger av partenes forventninger og forståelse av samspill mellom pasienter og sykepleiere. Mer kunnskap om partenes forståelse av samspill og kunnskap om aktuelle kulturelle trekk i sykepleiegruppen, kan gi grunnlag for pedagogiske tiltak i fremtidig utdanning av sykepleiere.

1.1 Pasienter med kreft

Kreft er et vidt begrep. Kreft er ikke én sykdom, men en samlebetegnelse for sykdommer som biologisk har karakteristiske likhetstrekk. Biologisk sett er kreft karakterisert ved manglende kontroll av celledelingen. Kreftcellene har en tendens til å spre seg ved innvekst til nærliggende organer og føre til at den normale struktur og funksjon av organene blir ødelagt (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Ulike typer kreft manifesterer seg på forskjellige steder i menneskekroppen. Såkalte “solide” svulster starter i et organ og vokser der, men kan også spre seg til andre organer via lymfe- eller blodkretsløpet. I motsetning til “solide svulster” (solide henpeiler på vekstformen) består leukemier av enkeltceller som stammer fra beinmargen og som sirkulerer med blodet eller lymfen (op.cit.). Ulike kreftformer varierer i veksthastighet, og helbredsprosent og levetid varierer. Dessuten vil sykdomsopplevelsen alltid være individuell:

“Kreftsykdommene representerer et biologisk mangfold som gjenspeiles både i manifestasjon av sykdommer og sykdomsforløp. Følgelig er den enkelte pasienten “unik”. Sykdomsopplevelsen er en individuell erfaring”
(Sosial- og helsedepartementet 1997b: 28).

De sykdomserfaringer pasienter gjør, har betydning for samspillet mål og innhold. Kreft behandles medisinsk og/eller kirurgisk, med eksempelvis cellegift, bestråling og/ eller operativ fjerning av svulsten. Dersom kreften ikke kan kureres, rettes behandlingen mot å lindre symptomer. Denne pasientgruppen har varierte behov for sykepleie i tilknytning til den medisinske behandlingen. På samme tid representerer de en gruppe som rammes av en type sykdom som oppfattes som livstruende. Behov for sykepleie vil være knyttet opp mot varierte medisinske, fysiologiske, kognitive, følelsesmessige, eksistensielle og sosiale forhold som preger situasjonen til den enkelte pasient. Helsepersonellets praktiske anvendelse av kunnskap om kreftsykdommer skal tilpasses det enkelte individ, karakterisert av blant annet alder, allmenntilstand, kjønn og eventuelt andre sykdommer, hevder Sosial- og helsedepartementet (1997b). For sykepleiere innebærer samspill med denne pasientgruppen følgelig stor variasjon av utfordringer og forventninger til praksis.

1.2 Å forske i egen kultur

Når vi i det siste århundre har bygget opp en offentlig helsetjeneste, kan en se dette som en av flere kollektive reaksjoner på sykdom og lidelse. Vestens antropologer som har forsket på tradisjoner innen medisin og hos befolkningsgrupper, har tradisjonelt studert andre kulturer enn deres egen, og da oftest fokusert på «ikke-urbane, underutviklede» kulturer (Lupton 1994). I den senere tid har forskere også vendt blikket mot vestlig kultur, og begynt å forske på tro, tenke- og helsemessig væremåte i vårt samfunn.

Forskning på egen kultur har vist seg å være noe problematisk. I noen tilfeller har forskerne hatt vanskeligheter med å fri seg fra sitt forhold til vestlig biomedisinsk, naturvitenskapelig tenkning og egne behov for å betrakte medisinsk tjeneste som en nyttig institusjon i samfunnet. I noen sammenhenger har dette ført til en betraktning av pasienters meninger som meninger grunnet i uvitenhet. Leger er tilsvarende blitt betraktet som en gruppe med evne til å tolke inn mening og å dekode det pasienter forteller i samtale med leger. I det perspektivet er biologi å betrakte som universell i sin natur, mens kulturen betraktes som noe som ikke har sammenheng med sykdom og biologi (op.cit.). Andre forskere har tilstrebet en betraktning av mening, kultur og oppfatninger om helse ut fra pasientenes perspektiver. Et eksempel på slik forskning er Mishler (1984) sin analyse av lege - pasient samtaler. Initialt betrakter Mishler samtalene som vanlige og normalt forekommende spørsmål - og - svar samtaler mellom lege og pasient. En grundigere undersøkelse viste at det var en normativ orden i samtalene, i det legens perspektiv oftest var dominerende. For å analysere samtalene i et ikke-medisinsk perspektiv, vendte Mishler oppmerksomheten mot pasientenes fortellinger, og nå brukte han sosiologisk teori, fenomenologisk og kritisk teori i en analyse med deduktiv karakter (op.cit.: 121). Denne analysen er ikke "teori-fri", og fortolkningene har basis i de teoretiske tilnærminger som Mishler valgte. Dessuten mener jeg analysen ikke er eller kan bli fullstendig frigjort fra en oppfatning om at det medisinske perspektivet "eksisterer", selv om pasientens perspektiv fokuseres. Implisitt i en betraktning av ikke medisinsk tenkning som *motsetning* til medisinsk tenkning, ligger nettopp tanken om at det finnes en bestemt medisinsk tenke og handlemåte, i tillegg til en "folkelig" tenkemåte. Mishler viste at det var nyttig å betrakte data i lys av flere perspektiver. Det førte til mer kunnskap enn det analyse og tolkning ut fra ett perspektiv brakte frem.

Som forsker i egen kultur står jeg overfor utfordringer med å klargjøre og være meg bevisst egen forutforståelse. Det kan være vanskelig å fri seg fra

egne relasjoner til helsetjeneste, medisin og sykepleie, og egne kulturelt forankra oppfatninger om helse, sykdom og lidelse. Jeg vil tilstrebe bevissthet mot slike forhold, for å motvirke at egne oppfatninger ubevisst virker styrende og blir til hinder for å oppdage antagelser og handlingsmønster som forekommer i felten. På den annen side har den som kjenner kulturen det forskes i et fortrinn, i og med at språkbruk og felles oppfatninger ikke er ukjent. Følgelig har forskeren et grunnlag for raskt å kunne følge med i og forstå informantenes beskrivelser i intervjusituasjoner, og å ta tak i utsagn som er nøkler til forskningstema som utdypes.

Med de fordeler og ulemper det kan innebære, er dette prosjektet en undersøkelse i egen kultur, som norsk kultur og som fagkultur. Min bakgrunn blant annet som sykepleier og min bakgrunn som «folk flest» og med kortere tids erfaring som pasient, i tillegg til pedagogisk skolering og praksis, har på godt og vondt innvirkning på forutforståelse, analyse og fortolkninger. Virkelighetskonstruksjoner reflekterer kulturens (eller subkulturens) sedvanlige måte å konstruere virkeligheten på, hevder Bruner (1997). Den virkelighet jeg beskriver er konstruert. Beskrivelsen har mitt individuelle preg, men den gjenspeiler også de tradisjoner jeg har interagert med i min læreprosess. Når jeg legger en bestemt betydning i noe, kan en se betydningen som relativ til perspektivet eller referanserammen, heller enn som “riktig” eller “gal”. Kunnskap som konstrueres i studien er situert i felten, og forankret i flere teoretiske tradisjoner. Samspillet kvalitet vil bli betraktet i lys av både pedagogiske, kulturpsykologiske og sykepleiefaglige perspektiver. Disse blir nærmere beskrevet i den teoretiske delen av avhandlingen. Oppbyggingen av den teoretiske fremstillingen skisseres i det følgende.

1.3 Progresjon i avhandlingen

I neste kapittel (kap. 2) beskrives begreper og teoretisk vinkling som er valgt. *Kvalitet* og forventninger til kvalitet i den profesjonelle helsetjeneste drøftes

innledningsvis. Deltakernes erfaringer og meninger om kvalitet i samspill mellom kreftpasienter og sykepleiere er fokus for studien. Kvalitetsbegrepet blir derfor beskrevet som egenskaper knyttet til utøvelse av *sykepleie*, hvor profesjonelt samspill er en sosial prosess som er integrert del av den målrettede virksomheten.

Empirisk understøttede perspektiver på *helse* beskrives som grunnlag for å beskrive og forstå hvordan flere folkelige forestillinger om sykdom og helse kan tjene flere funksjoner. Helsefremmende samspill har følgelig flere hensikter enn å fremme tilfriskning fra kreft i medisinsk forstand. Sykdomsopplevelsen er individuell, men kreftpasienter står overfor noen situasjoner som har likhetstrekk. Situasjonen som kreftpasient virker inn på kvaliteten i livet til pasienten. Situasjoner og problemer som synes særlig aktuelle for pasienter med kreft beskrives i kapittel 2.3. Deretter (kap. 2.4) vendes oppmerksomheten mot sykepleiernes kompetanse og evne til å vise omsorg og ferdigheter i helsefremmende samspill med kreftpasientene. I kapittel 2.5 er fagkulturen, praksisbegrepet, rollebegrepet og meningskonstruksjon tema. Kapittel 2.6 «samler trådene» rundt problemstilling og forskningsspørsmål.

Kapittel 3 omhandler metode for det empiriske arbeidet. Intervjuer og spørreskjema har gitt data fra 20 kreftpasienter, mens sykepleiere i medisinsk og kirurgisk avdeling i et sykehus er blitt intervjuet i fokus-grupper. Studien er beskrivende og fortolkende.

I kapittel 4 presenteres resultater. Resultater fra pasientmateriale og sykepleiermateriale presenteres hver for seg, og betraktes deretter i sammenheng. I siste del av kapitlet presenteres resultater fra en fortolkende analyse av oppfatninger sykepleiere har om individuell læring, og av kulturelle forestillinger og meningskonstruksjoner i sykepleiergruppene.

I kapittel 5 drøftes resultater i lys av det teoretiske rammeverket, aktuell empiri og offentlige utredninger og lov om pasientrettigheter. Kapitlet omfatter oppsummerende konklusjoner samt erfaringer og syn på forskningsprosessen. Det blir pekt på funn som har aktualitet for fremtidig arbeid med utvikling av kompetanse hos helsepersonellet, kompetanse som er spesifikk for å imøtekomme forventninger til sykepleie i dagens samfunn. Det blir og pekt på mulige fremtidig forskning for å få mer kunnskap om profesjonell kommunikasjon og fagkulturens betydning for helsefremmende samspill mellom kreftpasienter og sykepleiere.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I det følgende vil prosjektets problemstillinger bli belyst gjennom teori. Det legges ikke vekt på å beskrive begreper innen rammen av én teoretisk tradisjon alene, men å utvikle en teoretisk plattform basert på flere tradisjoner. Hensikten er å danne en meningsfull oversikt over teori som kan være til hjelp for arbeidet med den empiriske delen av studien. Perspektiver på kvalitet i sykepleie beskrives innledningsvis.

2.1 Kvalitet i sykepleie

Når erfaringer og meninger om kvalitet i samspill mellom kreftpasienter og sykepleiere fokuseres, henspeiler kvalitetsbegrepet på egenskaper ved faglig utøvelse av sykepleie, hvor samspill er en integrert del av en faglig målrettet virksomhet.

Kvalitetsbegrepet er normativt. Det henspeiler på målbare egenskaper ved noe, eller på subjektive vurderinger av ting eller fenomener. En type definisjoner av kvalitet peker på kvalitet i betydningen samsvar med spesifikke krav. I norsk standardiserings terminologi henspeiler kvalitet på å tilfredsstillende kravspesifikasjoner, i det Norges Standardiseringsforbund definerer kvalitet som en helhet av egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste som vedrører produktet, eller tjenesten sin evne til å tilfredsstillende fastsatte krav eller behov som er antydnet (NS-ISO 8402). Kvalitet i denne betydningen sikres gjennom målinger og observasjoner som gir en rimelig grad av kontroll med at det ferdige produktet eller at resultatet av tjenesten holder mål.

Kvalitetssikring knyttes med andre ord til oppnåelse av målbare eller observerbare resultater. I helsetjenesten kan det i mange sammenhenger være vanskelig å nå optimale resultatmål og tilfredsstillende *fastsatte* krav eller behov. Kreftpasientenes “krav” eller behov for samspill med sykepleiere kan vanskelig fastsettes eksakt, og kvaliteten lar seg vanskelig teste. Kvalitet i

betydningen samsvar med kravspesifikasjoner synes derfor uhensiktsmessig å legge til grunn for en beskrivelse av kvalitet i sosialt samspill mellom disse aktørene.

En annen type definisjoner refererer til standarder eller mål for kvalitet. Norsk sykepleierforbund (NSF) har definert kvalitet i sykepleie som

“oppnåelse av standarder og tilhørende kriterier som er uttrykt klart og utvetydig. Disse formuleres av brukere, offentlig godkjente sykepleiere og helsemyndigheter på grunnlag av normer, vitenskap eller lover og forskrifter. Standarder og kriterier tar utgangspunkt i de verdier og andre unike aspekter ved sykepleie i den aktuelle situasjon”

(Norsk sykepleierforbund 1990: 5).

Norsk sykepleierforbund hevder kvalitetssikring handler om mer enn evaluering, i det kvalitetssikring handler om et trefaset system (op.cit.). I verdisystem-fasen beskrives ønsket sykepleiekvalitet. Benevnelsen verdisystem peker på den normative siden ved det å beskrive den standard som forventes. I fasen hvor vurderingssystemet legges til grunn samles informasjon om aktuelt nivå sykepleien befinner seg på, og dette sammenlignes med den på forhånd uttrykte standard. Responssystemet er et tilbakeføringssystem, og fasen hvor dette systemet legges til grunn omfatter handling i forhold til evalueringresultater, hevder Norsk sykepleierforbund (op.cit.). Responser i en eller annen form har den hensikt å vedlikeholde god kvalitet og å forbedre kvalitet i områder hvor man avdekker kvalitet som ikke holder mål (op.cit.). Systematiske undersøkelser kan gjennomføres for å fastslå om kvalitetsaktivitetene og resultatene av dem stemmer over ens med det som er planlagt, og vise om tiltakene er hensiktsmessig gjennomført for å nå målene (Kyrkjebø 1998).

Når sykepleiepraksis vurderes som god eller dårlig, kan dette innebære skjønsmessige vurderinger av denne praksis i forhold til annen sammenlignbar praksis, eller i forhold til en mer generell norm eller standard. Kyrkjebø (op.cit.) hevder det ikke er nok å si “dette er godt” eller “dette er dårlig” når kvalitet skal vurderes. En må derimot tallfeste slike vurderinger for å kunne sette dem i forhold til spesifikke krav eller forventninger. Kvalitetsindikatorer er statistiske verdier som gir indikasjon på hvordan prosesser fungerer eller om bestemte resultater er oppnådd (op.cit.).

Prosjektet som beskrives i avhandlingen kan ikke betraktes som kvalitetssikring med et trefaset system i tråd med Norsk Sykepleierforbunds modell. Arbeidet omfatter ikke responssystemet med tilbakeføring av evalueringsresultater og responser fra forskningsfeltet. Det omfatter en beskrivende studie av kvalitet som erfares og forventes, det vil si at studien genererer kunnskap med relevans for verdisystem-fasen og vurderingsfasen i et fullstendig kvalitetssikringsarbeid etter forbundets modell.

En tredje type definisjoner av kvalitet refererer til hva kunder eller brukere av tjenester forventer som grunnlag for å bli *tilfreds* med tjenestene. I perspektivet til kundene, henspeiler begrepet kvalitet på skikkethet og kontinuerlig forbedring, for slik å tilfredsstille kundene (Stensaasen og Sletta 1996). Stensaasen og Sletta bruker begrepet kvalitet i betydningen:

“... skikket for bruk og kontinuerlige forbedringer av alle prosesser i organisasjonen for å gjøre kunden tilfreds og for å opprettholde eller forbedre det totale livsmiljøet”

(Stensaasen og Sletta 1996: 53).

I tråd med denne definisjonen kan kvalitet i sykepleierens samspill med pasienter betraktes som kompetent eller skikket utøvelse og kontinuerlig forbedring av sykepleierens kompetanse, for slik å tilfredsstille pasienters

forventninger til godt samspill og for å vedlikeholde eller forbedre forhold som fremmer pasienters liv, helse og livsmiljø. I stedet for å klassifisere sykepleierens atferd i samspill som akseptabel eller uakseptabel, eller som normal eller unormal ut fra en bestemt standard, kan en betrakte sosialt kompetent atferd i lys av en kontinuerlig læreprosess. Kompetanse i sosiale ferdigheter kan læres, og repertoaret av ferdigheter kan bli bedre eller mer nyanserte (Hargie og Hargie 1995: 77). Med denne pedagogiske tenkningen ser en det som mulig å undervise i sosiale ferdigheter og derigjennom øke den enkeltes evne til å fungere i det sosiale miljøet. Mener sykepleiere at de kan fungere bedre i samspill med pasientene dersom de får muligheter til å lære mer og trene opp sosiale ferdigheter, kan deres syn få støtte i dette teoretiske synet. Kvalitet kan i dette perspektivet betraktes som ferdighet eller evne til å fungere hensiktsmessig.

Jensen (1992) hevder en kritikk mot betydningen av undersøkelser av pasienterfaringer, er at data omkring pasienterfaringer har liten betydning for god kvalitet på diagnose, behandling og pleie, som er det helsevesenet “egentlig” driver med. De peker imidlertid på at i helse- og annen servicevirksomhet oppstår produktet i sosial samhandling, og at kvaliteten på tjenesten ikke kan skilles fra prosessen den skapes i (op.cit.: 11). Offentlige dokumenter, til eksempel Norsk kreftplan (Sosial- og helsedepartementet 1997b) gir dessuten gode argumenter for å motsi kritikk mot å ta pasienterfaringer på alvor i kvalitetsfremmende virksomhet.

Beskrivelse av pasienters tilfredshet med samspill, omsorg og hjelp når de står overfor ulike problemer, samt beskrivelse av sykepleiernes syn på utøvelse, dyktighet og mulige områder for forbedringer, kan bringe frem kunnskap av betydning for å forstå hvordan sykehusets ledelse kan tilrettelegge tiltak og stimulere kontinuerlige læreprosesser i sykepleiegruppen. Det er en forutsetning at resultatene formidles tilbake til organisasjonen.

2.1.1 Hvem forventer kvalitet i sykepleie?

Sykepleie er en del av den offentlige helsetjeneste i Norge. Politiske beslutninger uttrykt i lover og regelverk og tildeling av ressurser for å løse bestemte oppgaver tilsier at en fra offentlig hold har forventninger til helsetjenesten. Forventninger til kvalitet i helsetjenesten generelt og i sykepleie som en delfunksjon av tjenesten, kan stilles fra flere hold. Pasienter har sine forventninger til sykepleietjenesten. Helsetjenesten, lokalt representert ved ledere i sykehus, har forventninger om hvordan sykepleien skal ivareta sin funksjon. Det er rimelig å anta at personer som tilhører andre faggrupper i helsetjenesten har forventninger til hva sykepleien skal bidra med i det totale helsetjenestetilbudet. Mediene retter ofte fokus mot helsetjenesten og forventninger til den.

I befolkningen kan det komme til uttrykk synspunkter på helsetjenesten som ikke er grunnet i direkte erfaringer; - vi kan være mer eller mindre tilfreds med norsk helsetjeneste som et felles, statlig anliggende og system i vårt samfunn. En kan ikke se bort fra at folkelige oppfatninger så vel som politiske og offentlig publiserte syn på og tilfredshet med norsk helsetjeneste kan ha innvirkning på den enkeltes forventninger til og meninger om slike tjenester.

Sykepleiere har forventninger til egen praksis. I løpet av fagutdanningen lærer sykepleiestudenter om hva som faglig forventes av dem i deres yrkesutøvelse. Når faglige normer blir internalisert, er grunnlaget lagt for å innfri faglige forventninger. Den kompetente sykepleieren handler og vurderer egen og andres praksis i relasjon til faglige normer. Men læreprosessen fortsetter hos ferdig utdannede sykepleiere. Som yrkesutøvere kan de møte andre forventninger fra pasienter, i kollegiet og fra ledere i sykehuset, enn de forventninger utdanningsinstitusjonen la mest vekt på. "Kvalitet" blir følgelig noe relativt, avhengig av øynene som ser, hvor innbyrdes motstridende syn kan gi grunnlag for etiske og praktiske dilemmaer.

2.1.2 Ledelse og kvalitet

I norsk helsetjeneste er man generelt opptatt av tjenestens kvalitet. Norsk helsetjeneste har gjennom tilslutning til Verdens helseorganisasjons strategi "Helse for alle innen år 2000" introdusert begrepet kvalitetsledelse (Statens helsetilsyn 1998a: 10). Med kvalitetsledelse siktes det øyensynlig til ledelse med utgangspunkt i filosofien for Total kvalitetsledelse (Total Quality Management). Termen total henspeiler på en helhetsorientert lederform som omfatter alt av betydning for kvaliteten på alle prosesser som medvirker til å få frem tjenestene organisasjonen tilbyr (Tofte 1995). Total kvalitetsledelse bygger på et verdisyn som setter hensyn til mennesker først (op.cit.). Total kvalitetsledelse er en lederstil og lederform som fokuserer på kvalitet med basis i medvirkning fra alle medarbeidere, hvor langsiktig suksess blir tilstrebet ved oppnåelse av tilfredshet hos kundene og fordeler for alle medarbeidere og for samfunnet (Kyrkjebø 1998: 35). Statens helsetilsyn (1998 a) hevder at pasient-/brukerfokus, samt medbestemmelse, innflytelse og samarbeid kjennetegner den kvalitetsstyrte helsetjeneste.

Total kvalitetsstyring eller kvalitetsledelse kan sees som en pedagogisk verdifull tilnærming, i det den legger vekt på opplæring, åpen informasjonsformidling, eierforhold til oppgaver og en følelse av medansvar (Stensaasen 1988). Tilnærmingen skaper en bedriftskultur som virker utløsende på innsatsvilje og skaperkraft, og gir medarbeiderne opplevelse av selvrealisering, hevder Stensaasen (op.cit.). Tilnærmingen forutsetter tillit til medarbeiderne. Statens helsetilsyn peker på dette når følgende sies om lederskap i kvalitetsstyrt helsetjeneste:

"De som utøver lederskap stoler på sine medarbeidere, og målet er å komme fram til at den enkelte ansattes erfaring, trivsel og ferdighet må bli verdsatt og anvendt i et felles samarbeid til beste for pasienten"

(Statens helsetilsyn 1998 a:13)

Statens helsetilsyn beskriver her et ideal i tråd med ledelsesfilosofi i total kvalitetsledelse, hvor ledelse er endret fra kontroll til deltakelse og forpliktelse, fra instruksjon til enighet, og hvor en har endret fokus fra oppgaveorientering mot kunder og prosesser (Kyrkjebø 1998). Tenkningen gjenspeiler McGregor sin teori Y om lederes oppfatninger om medarbeidere som mennesker som oppsøker ansvar og tar ansvar og har vilje til å arbeide selvstendig og utøve egen kontroll knyttet opp mot vellykket gjennomføring og evne til å bruke fantasi og skaperkraft i løsninger (Berg 1982: 47). Dette menneskesynet ledet McGregor til en oppfatning om at intellektuelle muligheter hos gjennomsnittsmennesket bare blir delvis utnyttet i dagens samfunn.

Uansett hvilke menneskesyn som ligger til grunn, så synes politikere og ledere å være opptatt av kvalitet i dagens helsetjeneste. Jeg vil ikke rette oppmerksomheten mot ledere og deres syn på kvalitet, eller mot kvalitetskontroll som en offentlig pålagt plikt, eller mot kvalitetsrevisjon (audit), selv om dette i og for seg er interessante tema. Men når jeg retter oppmerksomheten mot de egenskaper og ferdigheter som gjør samspillet til et godt, helsefremmende samspill, kan jeg ikke se bort fra ledelsens betydning med hensyn til å stimulere læreprosesser og å skape gode betingelser for utøvelse av nok, godt samspill.

2.1.3 Orientering mot biologisk og sosial kropp

Sykepleie kan omfatte utførelse av prosedyrer for sårskift, innleggelse av urinkateter, tilførsel av medisiner eller væske gjennom pasientens blodårer og så videre. Denne type praksis kan betegnes som *teknologi*. Sykepleieren er utdannet til å mestre fagets teknologi. Teknologikunnskap kan forstås som fagets kunnskap om fremgangsmåter for å bearbeide materialer og “foredle produkter”. En kan forstå praksis for å få sår til å leges som eksempel på teknologisk praksis hvor en behandler biologisk materiale på slik måte rent

praktisk at såret får gode omgivelser for å “foredles” og bli til hel hud (Brataas 1998). Tekniske og medisinske prosedyrer representerer en overveiende del av oppgavene i hverdagen for sykepleiere, særlig for de som arbeider i somatisk sykehus. Standarder for slik praksis kan formuleres på grunnlag av lover og forskrifter, normer eller vitenskap, i tråd med Norsk sykepleierforbund (1990) sin beskrivelse av kvalitet. Hygienestandarder er eksempler på offentlige kvalitetsmål utviklet på grunnlag av vitenskapelige studier og drøfting av faglige normer med basis i kunnskap om mikrober i naturen, rundt oss og i oss. Slike standarder legges til grunn for infeksjonskontroll i norske sykehus (Helsedirektoratet 1992).

I medisin dominerer den oppfatningen at spørsmål om kropp og helse faller inn under naturvitenskapens område, og medisinsk vitenskap nærmer seg kropp og sykdommer gjennom en naturvitenskapelig orientering, hvor *natur* viser til alt som *ikke* er produsert av menneskelig virksomhet, hevder Måseide (1997). Naturen har vi ikke skapt selv, og derfor må vi nøye oss med å forklare den. For å *forklare* naturen er naturvitenskapen opptatt av å måle det som er objektivt gitt (Fjelland og Gjengedal 1995). Medisinsk vitenskap har, blant annet med basis i fag som biokjemi og fysikk, hatt fremgang gjennom å innføre målinger og teste hypoteser.

I motsetning til den naturvitenskapelige tradisjonens syn på mennesket, står human vitenskapens syn på kropp og sykdom. Grunnsyn i humanvitenskapene er knyttet til en forståelse av kroppens symbolske og meningsbærende funksjon, med en forståelse av *den sosiale aktøren* som den levende kroppen (Måseide 1997). Begreper som sykdom, kropp og natur blir betraktet som sosiale konstruksjoner som menneskene har skapt. I humanistiske vitenskapstradisjoner hevdes det at vi i prinsippet kan *forstå* det vi selv har skapt, dette i motsetning til naturen vi selv ikke har skapt; den kan vi bare forklare. I dagliglivets tenkning, i medisin og sykepleie, ligger forståelsen av kropp og natur i et spenningsfelt mellom de to ulike forståelses-

formene (op.cit.: 62). Sykepleien er orientert både mot mennesket som natur eller biologisk kropp og mot mennesket som den levende sosiale kroppen. Dette forholdet synes å skape problemer når sykepleiere arbeider med kvalitetssikring av sykepleiens virksomhet som helhet. Hvordan sikre kvalitet i den delen av tjenesten som rettes mot pasienten som sosial aktør?

Forståelse av pasientenes mening og perspektiver er en viktig del av sykepleien, hevder blant annet Fagermoen (1993) og Fjelland og Gjengedal (1995). Sykepleieren må for å kunne hjelpe pasienten kunne skille mellom generelle prinsipper og meningsinnholdet i situasjonen her og nå (Fagermoen 1993). Pleie som omsorg, støtte og hjelp, for eksempel når pasienten gir uttrykk for sterke følelsesmessige reaksjoner, er praksis som må innrettes mot den enkelte pasient og situasjonen vedkommende er i. Sykepleierens evne til å bli kjent med pasientens situasjonsforståelse har betydning for hvorvidt sykepleieren gjennom samspill kan øve innvirkning på forståelse, reaksjoner og måter å mestre situasjonen på. Sykepleien er intensjonell, og skal som sådan ha innvirkning på pasienten. Mål i sykepleiesituasjonen er velbefinnende og egenomsorg, hevder Fagermoen (op.cit.). Fagermoen hevder sykepleieren må være klar over sin innvirkning på pasientenes forståelse, og peker på at innvirkningen har faglige hensikter.

Sykepleien er intensjonell, og tiltak settes inn for å nå mål. Men kan mål-oppnåelse i sykepleiepraksis predikeres og forklares? Svaret er både ja og nei, avhengig av type praksis, og hvorvidt det dreier seg om praksis i form av teknisk prosedyreutøvelse eller praksis som en sosial prosess hvor sykepleien rettes inn mot individet som sosial aktør og levende kropp. Ofte handler pleiesituasjoner om å kombinere de to typer praksis. Sykepleieren kan utføre en praktisk oppgave og samtidig samtale med pasienten. Tema kan være knyttet til de praktiske oppgavene, eller til “vær og vind”, men og til andre forhold av betydning for pasientens opplevelser og helsemessige situasjon. Praksis kan på samme tid være innrettes mot kroppens opplevende sider og

kroppen som biologisk fungering. I arbeidet med kvalitetssikring og forbedring, må en ta hensyn til dette. For å sikre og forbedre kvalitet i alle deler av sykepleietjenesten synes det som om sykepleiere bør hente sin kunnskap fra teorier med naturvitenskapelig så vel som humanistisk hermeneutisk og samfunnsvitenskapelig/ kritisk virkelighetsoppfatning.

2.1.4 Sykepleierne og pasientenes syn på samspill

Kvalitet i samspill mellom pasient og sykepleier har de to partene mest relevant informasjon om. Deres kunnskap bygger på første hånds informasjon om handlinger, vurderinger, valg, følelser og forventninger, og opplevelser av kommunikasjonsforholdet.

Sykepleiere forventes å inneha kompetanse og utvise ansvarlighet og ferdigheter for å nå visse mål med samspill. Målsettinger og vurderinger er innlysende deler av sykepleiernes virksomhet. Slike innlysende deler av virksomhet tas for gitt, og utøver en taus funksjon, hevder Rolf (1995: 98). Sykepleiernes egne vurderinger av hvordan de utøver samspill i praksis foregår til vanlig uten at den artikuleres. Den uartikulerte kunnskapen sykepleiere tilegner seg gjennom vurdering av egen virksomhet, kan benevnes som taus kunnskap fordi det ikke settes ord på den. Og så lenge taus kunnskap utøver en taus funksjon, kan vi ikke reflektere over den, hevder Rolf (op.cit.: 100), som videre hevder at kunnskap som artikuleres kan gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon, analyse og tolkning. Dersom sykepleiere setter ord på opplevelser og vurderinger de gjør seg når de i ettertid reflekterer over målrettet praksis hvor de har hatt samspill med pasienter, ser jeg det som en mulig fruktbar tilnærming til studiens problemstilling. Sykepleiernes erfaringskunnskap kan ikke formaliseres fordi den er situasjonsavhengig (Fjelland og Gjengedal 1995: 96). Men artikulasjon av taus kunnskap gir muligheter for mer forståelse og i neste omgang å drøfte praksis og normer for kvalitet, sett ut fra sykepleiernes egne erfaringer og perspektiver.

Den andre parten i samspillet er pasientene, og de sitter inne med førstehånds informasjon om sine opplevelser og meninger om samspillet kvalitets. I og med at kvalitet er et begrep knyttet til verdier som god eller dårlig, høy eller lav, trengs en verdiavklaring mellom utøver og mottaker av tjenesten, dette for at det skal være mulig å oppnå enighet om målene for tjenesten (Kyrkjebø 1998). Har pasienter og sykepleiere samme mål med samspill dem i mellom? Hva opplever pasienter som godt samspill og hva mener sykepleiere med “godt samspill”? Har partene samme forståelse av hva som menes med helsefremmende samspill? Her spør jeg etter meninger om mål og om kvalitets-egenskaper ved prosesser og resultater.

Studien fokuserer profesjonelt samspill eller profesjonell kommunikasjon. Jeg bruker termene profesjonelt samspill og profesjonell kommunikasjon synonymt. Samspill kan betraktes som en målrettet sosial prosess hvor felles forståelse står sentralt. Kommunikasjon eller samspill som sosial prosess og felles meningskonstruksjon kommer jeg nærmere inn på i kapittel 2.4 og 2.5. Termen profesjonell viser til kommunikasjon som har bestemte formål. Kvale (1996) skiller mellom tre forskjellige bruksområder for konversasjon; 1) som en del av dagliglivet, 2) som profesjonell utveksling av budskap og 3) som filosofisk dialog. Jeg bruker termene profesjonelt eller profesjonell for å fremheve at studien ikke dreier seg om samspill i hverdagslivet i sin alminnelighet, og ikke om filosofisk dialog, men om samspill som har skjer i en sammenheng hvor personer som tilhører en yrkesgruppe kommuniserer med personer som mottar tjenester fra yrkesgruppen.

2. 2 Kulturelle helseforestillinger

Jeg har pekt på tilfredshet hos pasientene og fremme av deres helse som mål med sykepleiefaglig eller profesjonelt samspill. I det følgende beskrives kulturelle helseforestillinger. Helse betraktes i en videre betydning enn syk/frisk i betydning å ha kreft/ikke ha kreft.

Når pasienter samtaler med sykepleiere om sin helsemessige tilstand, forutsetter felles forståelse at partene har en noenlunde sammenfallende forestilling om hva som menes med begrepet helse, eller at de har en forståelse av den andre parten sin oppfatning av begrepet. I motsatt fall er risikoen til stede for “å snakke forbi hverandre”. I virkeligheten pleier neppe sykepleiere og pasienter å avklare for hverandre hva de legger i begreper som helse, sykdom, lidelse eller velbefinnende og livskvalitet. Kanskje tar de for gitt at de forstår hverandre fordi de mener at de lever i den samme kulturen, snakker samme språk, og har en felles helsekultur? Men termer som helse og helsekultur er ikke entydige og allmenngyldige.

Helsekultur kan beskrives som vårt opplevelses- og handlingsmønster knyttet til helse, sykdom og helsevesen (Sosial- og helsedepartementet 1994-95). Gunilla Tegern (1995) har forsket på hverdagslige forestillinger om helse blant folk i Sverige og gjort en sammenlignende drøfting av disse mot ulike typer helse- og sykdomsoppfatninger i andre kulturer. Jeg vil anta at helseoppfatninger i den svenske befolkningen ligner slike i norsk kultur. Tegern (op.cit.) har særlig gransket fire forestillinger om helse, og hun hevder det er innbyrdes motsetninger mellom de forskjellige forestillingene. De fire er forestillingene om helse som fravær av sykdom, som styrke, som balanse, og helse som velbefinnende.

Er det slik at vi i norsk kultur enten har en felles helseforestilling, har vi hver våre helseforestillinger, eller har vi gruppevis helseforestillinger som er

elementer i subkulturer og som står i motsetning til andre gruppers helseforestillinger? Dersom vi var av den oppfatning at vi i Norge har en felles norsk forestilling om helse som hver og en av oss huser, ville vi legge til grunn en tro på at hele befolkningsgrupper deler sammenhengende sett av ideer og teorier, i det minste når det gjelder helse. Men det forholder seg neppe slik. Den norske kulturen kan gi rom for ulike oppfatninger. Det er sannsynlig at vi kan finne variasjoner i oppfatninger av hva helse er i subkulturer i den norske befolkning. Forholder det seg i det hele tatt slik at den enkelte har en, og bare en koherent forestilling om hva som menes med helse? Eller er det mulig at individer huser indre motstridende forestillinger?

Tegern (1995) mener at både enkeltindivider og kulturer har flere forestillinger som i prinsippet innbefatter motstridende oppfatninger, og hun hevder at de motstridende forestillingene har hensiktsmessige funksjoner. Tegern forsøker å vise at ulike forestillinger ikke nødvendigvis behøver å bli *oppfattet* som motstridende, nettopp fordi de fyller ulike funksjoner og svarende til ulike problemer vi står overfor i det sosiale liv. I tråd med denne tenkningen er det mulig at pasienter eksempelvis anvender én helseforestilling når de som foreldre følger sine barn til trening eller deltakelse i idrettsarrangement, mens de anvender en annen helseforestilling når de er i sykehuset og avventer svar på prøver som kan bekrefte eller avkrefte om de har en alvorlig sykdom.

En forestilling om helse som styrke kan ligge til grunn for at foreldre ønsker å bidra til at barn trener. Denne helseforestillingen har som funksjon å karakterisere mennesker, hevder Tegern (1995). Og hvem vil ikke at ens barn, her forstått som en biopsykisk enhet, skal kunne karakteriseres som sterkt? Styrke referer ikke bare til det kroppslige, men også til psykisk styrke. Barn kjenner på egne grenser når de leker og lærer, når de er i skolen eller deltar i idrettslige og andre aktiviteter sammen med andre barn eller voksne. Epistemologisk dreier styrke seg om en forhandlet relativisme, hevder Tegern

(op.cit.). Forestillinger om styrke er til hjelp for å vurdere og plassere seg selv og andre i sosiale kategorier. Vi forhandler oss frem til oppfatninger i samfunnet om hva som karakteriserer styrke. Forestillinger om styrke legger til grunn en tro på menneskelige forråd av ressurser og en drøm om det ideelle mennesket (op.cit.). Mangler av ressurser fører til svakhet, noe som karakteriserer sviktende helse.

På tilsvarende måte som pasienter eller mennesker i sin allminnelighet, kan sykepleiere anvende noen forestillinger i yrkespraksis, og andre forestillinger når de står overfor problemstillinger i sitt private liv. Helse synes å være et begrep vi tillegger betydning avhengig av hvilken situasjon og subkultur vi til en hver tid forholder oss til. Vi står følgelig ikke overfor en eneste og ensartet nasjonal helsekultur, men en helsekultur med rom for flere oppfatninger og handlemåter, som elementer av ideer og tro i en rekke subkulturer i vårt samfunn. Ulike helsekulturer synes å kunne leve side om side i ett og samme samfunn (Tegern 1995). Aksepterer vi at motsetninger finnes, utelukker dette likevel ikke at det finnes felles trekk som karakteriserer en norsk helsekultur. Et eksempel på trekk ved norsk helsekultur jeg mener å erfare, er vår felles oppfatning av helsevesenet som en institusjon vi har rett til å kontakte når vi oppfatter oss som syke. Hvor syke vi er før vi tar kontakt, kan nok variere fra individ til individ. Om vi får den hjelpen vi forventer kan nok også variere. Men at vi har rett til å ta kontakt, mener jeg er en felles oppfatning i vårt land. Helsevesenet er et felles samfunnsgode som tjener til å trygge vår rett og mulighet til å få hjelp når vi “feiler noe” i medisinsk forstand. I vår kultur forbinder vi sykdom med medisinske problemstillinger, og vi tar innskrenkning av frihet, sykmelding og sykehusopphold som naturlige konsekvenser av sykdom. Sykdom oppfattes primært som et biomedisinsk fenomen. Unormale forhold i den fysiske kropp er årsaker til at mennesker blir pasienter i somatiske sykehusavdelinger. Det ideelle målet med sykehusopphold er at pasienten skal bli frisk.

2.2.1 Helse som fravær av sykdom

Forestillingen om helse som fravær av sykdom er en av de fire helseforestillingene Tegern (1995) beskriver. Hun hevder at forestillingen har referanse til en oppfatning av mennesket som biologisk kropp, en oppfatning som epistemologisk er grunnet i objektivisme. Forestillingen har som funksjon å løse problemet med grensesetting mellom det å være frisk og det å være syk (op.cit.). Og pasientene som har fått diagnostisert kreft, har på en måte fått svar på problemet; de er på den syke siden av grensen. Når de har søkt hjelp i helsevesenet, kan en forvente at det er i håp om å bli friske. De forventer sannsynligvis ikke bare hjelp fra leger, men en samlet innsats fra alle helsearbeiderne i sykehuset som har som primært mål å hjelpe pasienten til å bli frisk. Et alternativ de kan bli stilt overfor, er en fremtid “på den syke siden”. Aktuell hjelp vil i så fall være rettet inn mot faktorer som kan gjøre det mulig å leve så lenge som mulig og med så lite plager som mulig. Behandling kan bli orientert mot å lindre symptomer på kreften. Den lindrende behandlingen dreier seg om smertestillende behandling, væsketilførsel, kvalmestillende behandling, strålebehandling og avlastende kirurgiske inngrep (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 36).

Det har vært gjort forsøk på å skille mellom ulike aspekter ved sykdom ved hjelp av begrepene “illness” respektive “disease”, og å bruke begrepet “sickness” som en overordnet term (Sachs 1992). Sickness (sykelighet) favner om de totale forestillingene og reaksjonene overfor syke i et samfunn. Kulturen virker styrende på både ideer og handlinger. Norsk kultur preger våre ideer om sykelighet, ideen om det offentlige helsevesen og oppfatninger om hva helsepersonell skal foreta seg overfor syke mennesker.

Biomedisinsk handler sykdom (disease) om patologiske prosesser, mens illness er det mennesket opplever som “ohälsa”, det vil si de individuelle opplevelsene av ubehag, hevder Sachs (op.cit.). Men vi kan oppleve ubehag uten å oppleve oss som syke. Å sitte skjevt eller ha sand i skoen kan skape

ubehag som ikke forbindes med sykdom. Hvordan skiller vi mellom slike ubehag og ubehag vi forbinder med sykdom? Tillegges den engelske termen *illness* en betydning hvor ubehaget knyttes til forestillinger om å være syk?

Benner og Wrubel (1989) beskriver *illness* som den menneskelige erfaring av tap eller dysfunksjon. Pasienten erfarer utilfredsstillende forstyrrelser eller aspekter som oppfattes som symptomer på sykdom, og dette kan føre til bekymring for helsen (op.cit.). *Illness* er med andre ord ikke et naturlig forklarlig ubehag men en opplevelse av å lide fordi en ikke fungerer når noe ved kroppen oppleves plagsomt og smertefullt, og når kroppslige funksjoner ikke fungerer hensiktsmessig slik som de pleier. *Illness* (å lide) er ikke identisk med sykdom, men kan være forårsaket av sykdom. I medisinsk forstand kan lidelse være kjennetegn (symptomer) på at det foreligger sykdom hos et menneske. Det motsatte kan også forekomme, i det en kan være syk uten å lide, fordi en ikke erfarer symptomer fra patologiske prosesser, dysfunksjon eller tap av funksjon. Det å lide eller oppleve *illness* har følgelig sin egen realitet. Benner og Wrubel (op.cit.) mener all behandling av lidelse må matche pasientens forståelse av lidelsen dersom behandlingen ikke skal mislykkes og lidelsen bli forøket. Sosial- og helsedepartementet (1997b: 34) hevder tilsvarende at smertebehandling må innrettes mot å lindre symptomer som ledsager kreft, og at effekt av smertebehandling er den virkning som pasienten selv opplever.

Sachs (1992) mener at den medisinske grensesettingen syk/frisk ikke er den eneste som er anvendbar. En annen måte å avgrense sykdom på er å la menneskene som blir berørt sette grensene (op.cit.). Men til forskjell fra velbefinnende eller ikke, er helse som fravær av sykdom ikke noe en person kan kjenne (Tegern 1995: 86). Vi kan riktig nok kjenne oss syke og ha antagelser om at vi er syke eller friske, mens såkalte objektive tegn på sykdom kan observeres i en eller annen form og gi grunnlag for å bekrefte eller avkrefte sykdom.

Å la pasienten selv avgrense hvorvidt han er så vidt syk at han ønsker behandling er ikke en uvesentlig grenseproblematikk for helsetjenesten. Å ivareta pasientens autonomi, eller rett til å bestemme over eget liv, er et viktig prinsipp i vår helsetjeneste (Fjelland og Gjengedal 1995). Prinsippet er nå blitt tydelig artikulert gjennom Sosial- og helsedepartementets (1998a) odelstingsproposisjon med forslag til en *egen lov* om pasientrettigheter. Her heter det at individet i utgangspunktet har full bestemmelsesrett i forhold til sitt liv, sin helse og sin frihet. Men pasientens egne vurderinger av sin helse, og hans ønsker om behandling kan være vilkårlige, fordi pasienten ikke har den nødvendige kunnskap og ikke greier å bedømme situasjonen i et større perspektiv (op.cit.). Dersom en pasient med sterke smerter grunner sine handlingsvalg i en forestilling om at det er viktig og riktig å vise styrke og tåle smerten, kan det være at han avslår et tilbud om smertebehandling. Pasienten har rett til tilstrekkelig informasjon som grunnlag for informert samtykke til behandling, eller alternativt å avslå tilbud om behandling. Her har sykepleieren en undervisende funksjon.

2.2.2 Velbefinnende og balanse

Andre helseforestillinger enn den medisinsk begrunnede kan være virksomme i situasjoner hvor helsepersonellet skal sørge for at pasienten er informert, samtykker og medvirker i behandlingsopplegg. Når sykepleiere underviser pasienter må de forholde seg til den kjensgjerning at folkelige helseforestillinger fyller flere funksjoner enn å skille det å være syk fra å være frisk i biomedisinsk forstand. Tegern (1995) skiller mellom to folkelige helseforestillinger som begge har som funksjon å styre og orientere oss selv. Den ene er forestillingen om helse som velbefinnende, den andre en forestilling om helse som balanse.

Helse som velbefinnende.

Velbefinnende refererer til mennesket som psykososial enhet og forutsetter en handlende, følende og tenkende person (Tegern 1995). Velbefinnende kan være knyttet til enkeltstående erfaringer, som “lykkelige øyeblikk”, men begrepet er biografisk relativt (op.cit.). Det er noe den enkelte kjenner, og det er bare subjektivt mulig å fastsette hva den enkelte opplever som helse i betydningen velbefinnende.

Velbefinnende kan knyttes til opplevelsen av trivsel og tilfredshet, i motsetning til mistrivsel og utilfredshet. Knutsen (1997) ser tilfredshet som den positive erfaringen en gjør med noe. Tatarkiewich (1976) har analysert begrepet lykke, og han skiller mellom lykke og generell tilfredsstillelse med livet. Velbefinnende kan nok bli forstått som opplevelse av lykke her og nå, men ser en velbefinnende som noe av mer vedvarende karakter, kan en se en generell tilfredsstillelse med livet som et kjennetegn på helse i denne betydningen.

Meningsinnhold mennesker legger i begrepet velbefinnende er neppe entydige. I det tenkte eksemplet om smerter ovenfor, kan pasienten få behandling og bli smertefri. Dette kan øke hans velbefinnende, men pasienten kan likevel ha en opplevelse av at han ikke befinner seg vel. Han kan for eksempel oppleve frykt eller angst og være ulykkelig fordi han har fått kreft, og det kan overskygge opplevelsen av smerter eller smertefrihet.

Helse som balanse.

Tegern (op.cit.) beskriver to forskjellige forestillinger om helse som balanse; en som harmoni mellom kropp og sjel og en som psykisk balanse. Forestillingen om psykisk balanse innebærer at psyken oppfattes som overordnet kroppen. Kroppen er noe som gir nytelse eller som er til fortredd. Kroppen mestres når mennesket er i psykisk balanse. Balanseteorien er utbredt i ulike kulturer. Den utgjør en grunnform, hvor innholdet som antas å befinne

seg i balanse eller ubalanse må bestemmes (Tegern 1995). Tegern viser til antikken, og tanken om balanse i Aristoteles tenkning. Fra nyere tid viser hun til Cannons homeostaseteori som en balanseteori i medisinsk vitenskap. "Væskebalanse" er et mye brukt uttrykk i dagens helsevesen. Termen henspeiler på fordelinger av væske i kroppens årer og vev, intracellulært og ekstracellulært, og den brukes ofte i forbindelse med observasjoner av væskeinntak til sammenligning med væskemengde som går ut av kroppen.

En kan se balanse som en forutsetning for velbefinnende, slik at de to forestillingene om balanse og velbefinnende samlet utgjør en helseforestilling (op.cit.). Epistemologisk er de to forestillingene om helse som balanse og velbefinnende å oppfatte som subjektiv relativisme. Vi bygger opp vårt selvbylde i samspill med andre, og relativisme henspeiler på at plassering i sosiale hierarkier ikke skjer ut fra noen absolutt norm, men beror på hvem den enkelte sammenligner seg selv og andre med (op.cit.: 102). Vi sammenligner oss med oss selv og med andre som har signifikans for oss, og ikke med en ideell norm.

2.2.3 Vide og sammensatte helseforestillinger

En måte å betrakte relativisme på er å se den som ubegrenset idealrelativisme. Ut fra oppfatningen om ubegrenset relativisme kan hvilke ideer som helst ligge til grunn for menneskets livsplan, dets liv som mål og middel (Pörn 1995). I dette perspektivet kan et helsebegrep konstrueres slik at praktisk talt hvilke egenskaper som helst kan betraktes som betingelser for helse eller sykdom. Tenkningen kan betraktes i relasjon til definisjonen av kvalitet hvor det heter at alt vi foretar oss har med liv og livsmiljø å gjøre (Stensaasen og Sletta 1996). Dersom mennesker har forestillinger om at helse har sammenheng med kvaliteten av det menneskeheten foretar seg i en større sammenheng, får alt vi gjør helsemessige konsekvenser. Dette vide synet på liv, helse og livsmiljø kan anspore til kreativ tenkning om problemstillinger av

helsemessig karakter, men som ikke hører inn under oppgavene tillagt helsetjenesten i vår kultur.

En side ved helse betraktet i et ubegrenset relativismeperspektiv, er muligheten for at pasienter som huser denne type forestillinger kan søke etter alternative løsninger på sine helseproblemer, det vil si løsninger en ikke forventer å finne i de offentlige helsetjenester. Søkning til en healer eller til kvakksalvere kan ha røtter i denne type helseforestillinger, forestillinger hvor liv, helse og livsmiljø betraktes som noe annet eller noe mer enn det helsevesenet ivaretar. Pasienter kan enten forvente at sykepleiere forstår og aksepterer denne type tenkning og handlingsvalg, eller forvente det motsatte, og eventuelt holde opplysninger om alternativ behandling skjult.

Uavhengig av pasientenes forventninger kan sykepleiere som faglige yrkesutøvere i prinsippet ikke antas å bistå med enhver form for alternativ behandling. Grensen for assistanse vil være der hvor sykepleieren ikke har vurderingsgrunnlag for hvorvidt hjelp som ytes er faglig forsvarlig. Sosial- og helsedepartementet (1998b: 215) stiller krav til faglig forsvarlighet i helsepersonellens yrkesutøvelse, og helsepersonellet skal innrette seg etter sine *faglige* kvalifikasjoner. Kunnskap om alternativ medisin er per i dag ikke sykepleiefaglig kunnskap, men derimot synes flere former for lindrende palliativ behandling å være på veg inn i fagets kunnskapsområde. Med palliasjon menes forlenget overlevelse, symptomlindring, symptomforebygging, eller en kombinasjon av foran nevnte behandlingsformer (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 163).

Ut fra en antagelse om at mennesker kan huse flere helseforestillinger, og at forestillingene kan innebære innbyrdes motstridende syn på kroppen, men anvendes for å fylle ulike funksjoner, kan en forvente at pasientene har sammensatte forestillinger om helse som fravær av sykdom, som fysisk og mental styrke, som ulike former for balanse og som velbefinnende. De

forskjellige forstillinger kan ha aktualitet i forhold til forskjellige sammenhenger i pasientenes liv, og være virksomme alt etter hvilke problemstillinger pasientene står overfor. For å komme pasientene i møte, utvikle felles forståelse og løse problemer i samråd med pasientene, trenger sykepleiere kunnskap om ulike helseforestillinger samt om type problemer pasientene står overfor. Praksis må innrettes mot hjelp i pasientens situasjon, og en må ta utgangspunkt i pasientens forståelse av situasjonen. Å forstå pasientens perspektiv dreier seg om å forstå hans/hennes livsverden, og se nåværende situasjon i lys av tidligere opplevelser og erfaringer (Fjelland og Gjengedal 1995). Hver pasient har en unik livshistorie. Ingen andre har levet dette livet, lært og erfart det denne pasienten har gjennomlevd. Følgelig har ingen andre en tro kopi av denne pasientens forestillinger om helse.

Pasienter er individuelle personer, men de er også “medlemmer” i kulturer som huser felles helseforestillinger. Den individuelle opplevelsen av å være syk og lidende eller å oppleve styrke, harmoni og velbefinnende er følgelig også relatert til helseforestillinger i subkulturer og i samfunnet mer generelt. Pasientene kan dessuten oppleve likeartede typer situasjoner og problemer. Det er derfor mulig at kreftpasientenes helseforestillinger har kulturelt forankra likhetstrekk, og at pasientene har opplevelser av helsefremmede kommunikasjon med sykepleiere i situasjoner som er typiske for kreftpasienter i sykehus.

2.3 Helseproblemer og forventninger til sykepleie

Pasientene har til felles å ha erfaringer fra noen lignende typer situasjoner, eksempelvis situasjoner hvor de er i sykehuset for å bli undersøkt og få utredet om de har kreft. Behandling for kreft karakteriserer andre situasjoner. Hensikten med oppholdene er å få medisinsk hjelp, pleie og omsorg.

Pasientsituasjonen er karakteristisk med hensyn til personens plassering; sykehuset er oppholdsstedet for personen i den tiden vedkommende er sykehuspasient. Den fysiske omgivelsen har karakteristiske kjennetegn for den institusjonstype et sykehus er; kjennetegn som atskiller sykehus fra private hjem og forskjellige arbeidssteder med andre funksjoner enn sykehus. For de pasientene som ikke har erfaring fra arbeid, tidligere innleggelse eller besøk i sykehuset, er omgivelsene uvanlige.

Menneskene som arbeider i sykehuset har bestemte funksjoner. Med noen unntak, er det de samme personene som arbeider i sykehuset over tid. Likevel møter neppe hver pasient nøyaktig de samme ansatte som andre pasienter. Men hver pasient møter og samspiller med personer i de samme personellgruppene som andre pasienter møter. Pasientenes situasjoner er typiske med hensyn til at personer i pasientroller møter og samspiller med personer i roller som helsepersonell (Jfr. Kap. 2.5.2 om forventninger til yrkesrollen).

Problemer kreftpasientene står overfor kan være sammensatte og ha forskjellig karakter. De kan ha karakter av spørsmål og undring eller hodebry og dilemmaer, vanskeligheter, pinefulle smerter eller andre typer plager. Problemer kan også være knyttet til mental og fysisk mestring, og de kan være knyttet til følelsesmessige, eksistensielle eller sosiale forhold.

Jeg har strevet med å finne en oversiktlig måte å “sortere” fremstillingen av teori om en virkelighet hvor pasientenes problemer er mangeartede, sammensatte og innbyrdes sammenvevet. En måte å organisere stoffet på, er å strukturere rundt de forhold som behov for sykepleie relateres til i Norsk kreftplan (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Her heter det at behov for sykepleie er relatert til medisinske, fysiologiske, følelsesmessige, eksistensielle og sosiale forhold (op.cit.). I samspill møter sykepleiere enkeltindivider med hver sin livshistoriske bakgrunn, kulturelle forankring og allmenntilstand og med sine rolleposisjoner og personlige evner og egenskaper. I det følgende beskrives problemer kreftpasientene ofte står overfor i relasjon til 1) diagnostisering og behandling 2) kroppslige fungering, 3) psykisk og sosial fungering og 4) deres individuelle livshistorier og livssituasjoner. Til slutt settes pasienttilfredshet i relasjon til teori om sosial persepsjon.

2.3.1 Diagnostisering og behandling av kreft

Kreft behandles med kirurgi, cytostatisk behandling (cellegiftbehandling) eller strålebehandling alene eller i kombinasjoner. Pasientene har behov for forsvarlig sykepleie i tilknytning til behandlingen. Sykepleiere gjennomfører noe behandling, slik som cellegiftbehandling. I tilknytning til oppgaver av medisinsk, teknologisk karakter som sykepleiere eller andre utfører, gir sykepleiere informasjon om det som skal skje.

Kirurgi.

Alle kirurgiske inngrep forberedes ut fra spesielle krav til hygiene. Ofte skal tarm og blære tømmes før inngrepet. Pasienten skal informeres om prosedyrer, og få hjelp og støtte ved gjennomføringen av operasjonsforberedelsene. Pasienten skal også orienteres om hva som kan forventes etter inngrepet, og vite at det blir gitt hjelp til stell, intravenøs ernæring og lignende, og at han/hun kommer til å ha et operasjonssår, drenerende slanger eller annet utstyr

i kroppen sin. Pasienten blir for en periode inaktiv, men skal være informert om at sykepleierne vil gi hjelp og støtte og sørge for at hans/hennes behov blir ivaretatt.

Det utføres mange ulike typer inngrep i behandling av kreft. Her går jeg ikke nærmere inn på de ulike kirurgiske inngrep ved forskjellige typer kreft.

Strålebehandling og cellegiftbehandling.

Strålebehandling utføres ikke i undersøkelsesykehuset som er et lokalsykehus, men i nærmeste regionsykehus. Derimot får pasienter cytostatikabehandling her. Cytostatika eller cellegiftbehandling er en medisinsk behandling sykepleiere ofte utfører ved å gi medikamenter som intravenøs væsketilførsel. Behandlingen reduserer antallet blodceller, og dette kan føre til subjektiv opplevelse av tretthet (Hirsch, Carlstedt og Hansen 1998). Kvalme er en ofte forekommende bivirkning som sykepleiere forsøker å forebygge best mulig. Kvalmeanamnese baseres på informasjon fra pasienten om tidligere erfaringer med kvalme. Omgivelser som er gunstige for avslappende ro kan lindre kvalme. Erstatning av væsketap, inntak av lette måltider og munnpleie anbefales også for å forebygge kvalme. Midlertidig hårtap er også en bivirkning av behandlingen, og sykepleiere informerer om dette på forhånd og formidler hjelp, slik at pasienter som ønsker det kan få parykk (op.cit.).

Diagnose og vurdering av aktuelle behandlingstilbud.

Undersøkelser og prøver gir i tillegg til informasjon fra pasientene grunnlag for legene til å stille diagnose og vurdere aktuelle behandlingstiltak. Når legen forteller pasienten om diagnosen, skal dette følges opp med informasjon om hva som kan gjøres (Hirsch o.fl.1998: 143). Ofte er det enkelte ord fra slike samtaler som fester seg i pasientens bevissthet, slik som “kreft” eller “ondartet”. Derfor skal denne informasjonen alltid følges opp. Sykepleiere kan være til stede når informasjonen blir gitt, og ofte er det de som sørger for

oppfølging (op.cit.). Sykepleierne har ikke diagnostisering og behandling som sitt profesjonelle særrområde, og for å handle innen rammen av sitt kompetanseområde, har den informasjonen sykepleiere gir til pasienter om medisinske forhold karakter av gjentagelse og utfyllende samtaler i forhold til det legen har sagt.

Behandling innrettet mot symptomer.

Behandling av kreft har ikke bare kurativ eller livsforlengende målsetting. Symptomforebyggende behandling har som formål å forebygge eller utsette symptomer eller plager som med stor sannsynlighet vil komme raskt uten behandling, mens symptomlindrende behandling har som formål å lindre plagsomme symptomer som allerede er oppstått (op.cit.: 157-8). Slike plager kan være kvalme, oppkast eller smerter. Behandling som rettes inn mot symptomer, har som formål å redusere subjektiv opplevelse av det som plager pasienten. Biomedisinsk fagkunnskap hos helsepersonellet er i seg selv ikke tilstrekkelig for å informere pasienter om behandling, belastning av behandling og effekt av behandling på slik måte at den enkelte pasient blir i stand til å velge det alternativet som vil være best for denne pasienten.

“I medisinen er det fortsatt usikkerhet omkring registrering og analyse av subjektive mål av kreftspesifikk behandling, m.a.o. helserelatert livskvalitet. Dette forskningsfeltet er fortsatt under utvikling, og må vektlegges i større grad. En slik evaluering må baseres på pasientens egenopplevelse av situasjonen”

(Sosial- og helsedepartementet 1997b: 169).

Det trengs informasjon fra pasienter for å få nok kunnskap til å forutsi hvorvidt behandling kan innfri subjektive mål hos enkeltmennesker (op.cit.). Ingen pasient eller situasjon er nøyaktig lik en annen, og personellet må derfor bruke skjønn når de baserer sine vurderinger og råd på fagkunnskap i kombinasjon med kunnskap om og innsikt i den enkeltes situasjon og behov.

Men personellet kan informere om hva de ut fra skjønn og nåværende kunnskap og erfaring med rimelig sannsynlighet kan forvente av ønskede effekter og av bivirkninger. Redelighet fra personellens side med hensyn til virkninger, bivirkninger og forutsigbarhet fremmer tillit og trygghet.

De reelle utsiktene til å bli frisk.

De reelle utsiktene til å bli frisk av kreft varierer sterkt. Sosial- og helsedepartementet (1997b: 145) viser til følgende oversikt over hvilke forventninger til helbredelse en generelt kan ha ved kreftbehandling: 40% av de som behandles for primærtumorer og 5% av de som har kreft med spredning *kan* helbredes. Det vil si at helbredelse ikke er mulig i de øvrige tilfellene (op.cit.).

Effekt ved ulike behandlingsformer synes å være forskjellig: Av ulike behandlingsformer for 100 nye krefttilfeller blir 50 helbredet fordi kreften kan behandles med kirurgi og eventuelt strålebehandling eller cellegiftbehandling i tillegg. 3 blir helbredet etter tilbakefall etter kirurgisk behandling eller behandling som kun er medikamentell. 14 som får medikamentell behandling får noe forlenget levetid (op.cit.). For de resterende 33 synes det ikke å være noen effekt av behandling som rettes inn mot å helbrede og eventuelt forlenge livet. Ut fra denne kunnskapen om varierte utsikter, synes det nødvendig med informasjon om sykdommen den enkelte rammes av, for å kunne si noe om mulighetene for å bli frisk eller ikke, og hvor lenge en kan forvente å leve som følge av kreften. Men som regel har en ikke mulighet til å antyde overlevelsesmuligheter målt i livslengde for den enkelte (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 163). En kan skissere variasjoner i forventet levetid, men det advares mot å gi informasjon basert på gruppetall til enkeltpersoner (op.cit.). Pasienter kan følgelig få informasjon de opplever som lite eksakt, og for å leve med usikkerheten, kan de “klamre seg til håpet”. Avveining mellom å gi nøktern informasjon om behandlingseffekter og ikke å bryte ned pasientens egne forventninger og håp er vanskelig (op.cit.).

Pasientenes rett til og ønske om å vite og medvirke.

I Ot prp nr 13 (1998-99) om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) heter det om involvering av pasienter:

“Pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse er en grunnleggende rett. ... Helsepersonell kan derfor ikke iverksette tiltak overfor en pasient uten at pasienten har gitt sitt samtykke til det, eller det kan presumeres et slikt samtykke. For å kunne gi sitt samtykke, må pasienten informeres om sin helsetilstand og helsefaglige vurderinger. Kravet om samtykke, informasjon og medvirkning henger således nøye sammen”
(Sosial- og helsedepartementet 1998b: 54).

Pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse er en grunnleggende rett. Helsepersonell har ikke myndighet til å bestemme over pasientene, men skal derimot tilpasse sin praksis til det enkelte individ. Samtykke og medvirkning forutsetter at pasienten er informert om sin helsetilstand og helsefaglige vurderinger (op.cit.). Det kan være vanskelig å forutsi med sikkerhet hvilke effekter behandling som foreslås vil gi. Dessuten kan behandling ha både ønskede og uønskede effekter. Helsegevinst må vurderes opp mot belastning av behandling, og ofte er det like viktig å redusere belastningen av behandlingen som å redusere belastningen av selve sykdommen, hevder Sosial- og helsedepartementet (1997b).

Dersom pasienter skal foreta vel overveide beslutninger, ut fra sine forutsetninger eller “samtykkekompetanse”, er det en forutsetning at de får adekvat informasjon om diagnose og behandling, og at informasjonen gis på slik måte at den blir forstått. Handlinger helsearbeidere foretar skal være i samsvar med autonomiprinsippet, det vil i korthet si pasientens rett til selvbestemmelse. “Men dersom vi skal la pasienten bestemme, må vi vite hva som er pasientens egentlige mening” (Fjelland og Gjengedal 1995: 107). Når

sykepleiere gir hjelp til selvhjelp finner de ut når det er den riktige tida for å snakke med den enkelte pasient om hans/hennes tilstand og situasjon. Sykepleieren informerer om støtte og hjelp og hjelper pasienten til å klargjøre sine tanker (Larson og Ferketich 1993).

Leger informerer pasienter om diagnoser og prognoser. Sosial- og helsedepartementet (1998a: 54) hevder at de fleste pasienter regner med at legen vet best, og at de derved følger de profesjonelles råd. Sykepleiere kan stille pasientene spørsmål og be om tilbakemeldinger for å sikre at pasientene virkelig forstår informasjonen som er gitt, og de kan utfylle legenes informasjon ved å gjenta den på andre måter.

Passiv eller aktiv deltakelse i informasjons- og beslutningsprosessen.

En problemstilling knyttet til informasjon, samtykke og medvirkning som er blitt påpekt i litteraturen dreier seg om forholdet mellom hva pasienter ønsker å vite versus hva de burde vite, og forholdet mellom det de vet og hva de bør vite (Al-Kandari 1998).

Noen pasienter mener personellet vet best og velger ut fra det. Andre vil vite mest mulig og delta i beslutningsprosessen, og noen vil vite mer, men får ikke vite det de vil vite. Noen pasienter ønsker kanskje ikke å snakke om sykdommen, mens andre ønsker å samtale direkte om den og sin behandlingsrelaterte tilstand. Pasientens behov er utgangspunkt her, som i all behandling og pleie (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Sykepleiere må være vare overfor pasienters ønsker og gi hjelp som ivaretar den enkelte pasient i ulike situasjoner.

Håp og ønsker.

Håp kan være et problem i sammenhenger hvor pasientene har sterke forventninger til at behandlingen de får vil virke og føre til at de blir friske. Pasienten har et annet utgangspunkt enn behandleren, som også definerer det

realistiske på en annen måte (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Forskjell i oppfatning kan bero på pasientens manglende informasjon eller feiltolkning av informasjon på grunn av psykiske reaksjoner som følge av tanker om døden. Hvorvidt håp er realistisk eller urealistisk må vurderes i forhold til behandlingsintensjonen og hvorvidt effekter av en behandling er godt dokumentert (op.cit.). Pasienter har normalt ikke tilegnet seg denne type informasjon om medisinsk behandling og sannsynligheten for å oppnå ønskede effekter av den. Pasientenes håp kan følgelig ha sterke innslag av ønsker. Når en får beskjed om å ha kreft som vanskelig lar seg behandle, kan en ønske at eksperter har tatt feil; en har hørt om enkelttilfeller hvor pasienten ble frisk selv om ingen trodde det var mulig og så videre. Informasjon helsepersonellet gir pasienten skal være veiledende, og ikke villedende, og føre til informert samtykke og samarbeid om behandling og pleie; - og den skal ikke frata pasienten alt håp. Dette synes å være en krevende utfordring for helsepersonellet.

Individuelle ønsker om å delta i beslutningsprosesser.

Noen pasienter deltar passivt i beslutningsprosessen, i det de velger å gjøre som personellet sier (Dickson, Hargie og Morrow 1993, Sosial- og helsedepartementet 1998a), mens andre går mer aktivt inn for å vurdere og velge alternativer. Informasjon, samtykke og medvirkning gir muligheter for å oppleve at en tar vare på seg selv. Pasienters autonomi og rett til medvirkning styrkes i juridisk forstand når den lovfestes. Lovforslaget fra Sosial- og helsedepartementet (1998a) tilsier underforstått at det oppfattes som et behov å styrke denne rettigheten. Men en rettighet er ikke det samme som en plikt, og pasienter kan til tross for sin rett til medbestemmelse velge å stole på helsepersonellens faglige skjønn. Å slippe å ta stilling selv, og overlate skjønn og beskyttelse av en selv til personellet kan være ønsket, eller også eneste mulighet i situasjoner hvor krefter og oppmerksomhet svikter. For noen pasienter kan den grunnleggende retten til å bestemme over eget liv oppleves som et problem. Å ville vite og velge selv eller å stole på fagpersonellet og

overlate valg til dem, kan noen oppleve som et vanskelig dilemma, mens andre har klare formeninger om hvem de ønsker at skal ta valg, de selv, helsepersonellet, eller begge i samarbeid.

Å sjekke ut om informasjon ønskes, å informere ut fra pasientens forutsetninger på slik måte at informasjon blir forståelig, å gjenta informasjon som er ønsket og finne ut om informasjon som er gitt er blitt forstått, vil være oppgaver innrettet mot å innfri en lovfestet rettighet for pasienter i Norge.

2.3.2 Kroppslig fungering

Kreftpasientenes problemer relatert til den fysiske kropp kan være knyttet til smerter og plager, funksjonsdyktighet eller til endret kroppslig utseende.

Problemene kan ha sammenheng med selve kreften eller med behandling av den. Psykiske reaksjoner på sykdommen kan forsterke opplevelsen av kroppslige problemer. Oppgitthet og depresjon kan motsvarende føre til nedsatt evne til egenomsorg og inaktivitet som svekker den fysiske kropp. Fysisk og sosial kropp er ikke adskilte størrelser.

Noen pasienter kan ha vanskelig for å akseptere at de trenger hjelp til egenomsorg, mens andre ser dette som naturlig og akseptabelt. Pasientene står foran mange mestringsoppgaver, og de må overvinne mange hindere (Faulkner og Maguire 1998). Varer sykdommen ved, blir det viktig å kontrollere symptomer og leve så normalt som mulig med hensyn til kosthold, mosjon og hvile som fremme kroppens naturlige fungering. I akutte faser, eller faser hvor sykdommen er kommet langt, kan smertelindring være en nødvendig forutsetning for å fungere kroppslig så vel som mentalt.

Smerter og plager som følge av sykdommen.

Det følger forskjellige former for ubehag med selve kreftsykdommen. Noen blir tungpusten eller får plagsom hoste, andre får plagsom kvalme eller

tarmbesvær og eventuelt endret smaksopplevelse, og hos noen forekommer hikke og hos noen tørre munnslimhinner, mens uro og angst plager noen, og mange får før eller siden plagsomme smerter (Romanus o.fl. 1980). Smertene kan få en vedvarende (kronisk) karakter. En person med kroniske smerter kjenner seg hjelpeløs, hevder Romanus o.fl. (op.cit.). Kronisk smerte virker meningsløs fordi den ikke fungerer som varslingsignal. Smerte som er forårsaket av eksempelvis berøring med varme, virker derimot meningsfull; den gir "signaler" om å fjerne seg fra varmen.

Smertes og smertebehandling er viktige kunnskapsområder for sykepleiere som arbeider med å hjelpe kreftpasienter, dette fordi 40-60% av kreftpasienter med sykdom i fremtredende faser og 80-90% i terminale (døende) faser får smerteproblemer (Hirsch o.fl. 1998). Sykepleiere administrerer forordnet smertebehandling og informerer om årsaker, behandling og behandlingsmål, men skal aldri love smertefrihet. Tillit er viktig for å skape og vedlikeholde et målrettet samarbeid. Det anbefales at smerteanamnese (sykehistorie) gjentas flere ganger (op.cit.). Pasienter skal på bakgrunn av dette kunne forvente samspill med hensikt å finne best mulig smertelindrende problemløsninger.

Neurotoksisitet.

Neurotoksisitet kan forekomme som bivirkning ved lang tids kjemoterapeutisk behandling (Hirsch o.fl. 1998). Denne bivirkningen kan vise seg ved tegn på at pasienten er forvirret. Den kan dessuten gi nedsatt muskelkraft og nedsatte sansevner (op.cit.). Psykiske og psykososiale aspekter kan i noen sammenhenger være preget av dette.

Egenomsorg, funksjon/ funksjonssvikt med endret kropp.

Sykepleieren skal ikke bare bidra til at pasienten forstår informasjon som er gitt om sykdom og behandling, men hjelpe og støtte pasienten med problemer som oppstår i hverdagslivet som følge av den aktuelle situasjonen, fordi krefter, kunnskaper og vilje ikke strekker til for utøvelse av gjøremål som

bidrar til god helse eller helbredelse (Karoliussen og Smebye 1985). Pasienten vil om han ikke har andre sykdommer være funksjonsdyktig innen områder hvor kreften ikke gir sykdomstegn og funksjonssvikt. Sykepleieren skal hjelpe pasienten slik at friske funksjoner ikke taper seg, men strekker til i den krevende situasjonen pasienten er i. Å ivareta og opprettholde kroppens friske funksjoner er viktig for nåværende og fremtidig liv.

En side ved menneskets orientering mot mål, er den som rettes mot tilfredsstillelse av grunnleggende behov (Valset 1990). Valset hevder sykepleiere legger følgende mening i begrepene egenomsorg og grunnleggende behov:

“Egenomsorg er de indre og ytre aktiviteter en person tar initiativ til og utfører for å tilfredsstille grunnleggende behov og ivareta sin egen helse. Disse grunnleggende behovene har både fysiske, psykososiale og åndelige aspekter”

(Valset 1996: 491).

Å ivareta egen omsorg her og nå og i fremtiden, og selv bestemme over hvordan omsorgen skal ivaretas, er sannsynligvis noe alle voksne mennesker ideelt sett kan ønske seg. På den annen side kan mennesker ønske å få hjelp for å dekke behov for blant annet næring og å få stelt seg når de er syke og har smerter og/eller kjenner seg for svake til å ivareta dette selv. I perioder hvor slike hjelpebehov oppstår hos pasienter i sykehuset, er det sykepleiens funksjon å tre til med profesjonell hjelp.

Profesjonell opptreden ved utøvelse av sykepleie som teknologi.

Litteratur gir støtte for at pasienttilfredshet med sykepleiernes informasjon og pleie knyttet til behandling og symptomlindring, har sammenheng med pasientenes følelse av å bli ivaretatt og hjulpet, og å få hjelp til selvhjelp (Larson og Ferketich 1993).

Til tross for pasientenes begrensede muligheter for å foreta faglig vurdering gir litteratur støtte for at pasientvurderinger korrelerer med vurderinger fra fagfolk (Veenstra o.fl. 1997). I gjennomgang av en rekke pasientundersøkelser finner Larson og Ferketich (1993) at pasienter skiller mellom sykepleie med profesjonell opptreden og atferd som innebærer forsømmelse eller likegyldighet. Med profesjonell opptreden viser sykepleieren at hun/han kan håndtere teknisk utstyr og vise faglig kompetanse som gir trygghet. Sykepleiere viser en *“caring behaviour that assist patients to understand and actively participate in their illness management”* (op.cit.: 696). Uprofesjonell opptreden identifiseres av pasienter som uorganisert atferd hvor sykepleieren virker travel og oppkavet eller ikke helt vet hvordan hun/han skal handle, og hvor hun/han unnlater å samtale om pasientens følelser og gi informasjon. Pasienten må da selv stille spørsmål om sine behov (op.cit.).

Selv om pasienten har et annet utgangspunkt enn sykepleieren for å vurdere det som skjer, viser undersøkelser at pasienter skjelner mellom praksis med forsvarlig utførelse av gjøremål og betryggende kommunikasjon, og praksis som skaper utrygghet og uvisshet om den helsemessige situasjonen. Informasjon og forklaring av hva som er viktig bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt (op.cit.). Vurderingsgrunnlaget for å bedømme egen situasjon bedres når en får tilført mer kunnskap.

2.3.3 Psykisk og sosial fungering

Sykepleie skal bidra til å avdekke kreftpasientens behov for hjelp og assistanse innen det Sosial- og helsedepartementet (1997b) kaller psykososial onkologi, det vil si omsorg til pasienter med psykiske og sosiale problemer som oppstår fordi pasienten har fått kreft. Hjelp som ytes skal begrenses til det pasienten ønsker helsevesenets hjelp til (op.cit.).

Diagnose og behandling av kreft er forbundet med betydelig psykisk og sosial lidelse (Faulkner og Maguire 1998). Illness eller lidelse og frykt for å være syk innebærer opplevelser av forandringer i kroppen. Dette gir opphav til forandringer i menneskets sosiale funksjon og handlemåte (Sachs 1987). En kan forvente psykiske reaksjoner knyttet til eksistensielle og følelsesmessige sider ved det å ha kreft. Å få kreft fører uvegerlig til usikkerhet om fremtiden. Pasientene kan lete etter mening når de møter den ufattelige motgangen. De opplever tap av kontroll og de må tilpasse seg en ny situasjon. Pasientene kan oppleve tap av status, inntekt, sosial rolle og sosiale forbindelser, i tillegg til tap av fysiske egenskaper. De har behov for åpenhet og følelsesmessig støtte, i tillegg til medisinsk støtte og hjelp (Faulkner og Maguire 1998).

Pasienter som ikke overvinner ett eller flere av disse hindere utvikler gjerne angst og/eller depresjon, uavhengig av de problemene selve kreftbehandlingen medfører (op.cit.). Men til tross for at en har funnet at psykososial lidelse er vanlig hos kreftpasienter, blir den vanligvis ikke erkjent og behandlet på passende måte i mer enn 15-25% av tilfellene, hevder Faulkner og Maguire (1998: 24). Her står sykepleiere følgelig overfor uløste oppgaver. I det følgende beskrives noen av de problemene av psykososial karakter som kreftpasienter i sykehus kan stå overfor.

Psykiske reaksjoner og forsvarsmekanismer.

De psykiske reaksjonene hos mennesker som stilles overfor trusselen om å ha kreft kan arte seg svært forskjellig. Pasientene kan tilsynelatende ta det rolig, men det kan være for å dekke over frykten for å bli konfrontert med virkeligheten (Hirsch o.fl. 1998). Psykologiske forsvarsmekanismer har pr. definisjon en beskyttende funksjon. Den voldsomme trusselen er ikke til å bære og umulig å ta inn på en gang. Men strekker diagnosefasen seg over lang tid, kan det nesten føles som en lettelse å få en bekreftelse, fordi usikkerheten har vært det verste (op.cit.). Mathisen (1995) hevder fornektning er en forsvarsmekanisme som ofte inntreffer når det første sjokket begynner å avta.

Pasienten fornekter ved å unngå å snakke om diagnose og sykdomsbilde, og forsøker å fylle dagen med fysisk aktivitet slik at pinefulle tanker holdes på avstand (op.cit.). Det kan være nødvendig, men slitsomt å undertrykke realiteten i situasjonen fullstendig, og noen pasienter veksler mellom å fornekte den i det ene øyeblikk og å snakke svært realistisk om den i neste øyeblikk.

Hvis helsepersonellet mener det er nødvendig å konfrontere pasientene med sannheten om situasjonen, bør dette utføres av noen som har kompetanse og er trygg i kommunikasjon med mennesker i krise, hevder Mathisen (op.cit.) i en fagbok hvor hun tar for seg sykepleie til pasienter ved livets slutt. Hun nevner sykepleiere som eksempel på profesjonelle med slike forutsetninger. Hun nevner ikke spesielle grunner for å konfrontere pasienten med realitetene ved sykdommen, men påpeker at en må være ytterst forsiktig med å presse pasienter som forsøker å fornekte sannheten.

Væremåte som reaksjon på kreft varierer.

Væremåte og reaksjoner på situasjonen varierer. Noen pasienter er mer innesluttet enn andre, og noen kan føle seg desperate og hjelpeløse mens andre viser en åpen fortvilelse eller opplever at fortvilelse fører til sinne. Fortvilelse og sinne kan betraktes som reaksjoner på en voldsom trussel (Hirsch o.fl.1998: 171). Sinne kan bli feil rettet mot de nærmeste pårørende eller pleiepersonale pasientene er fortrolige med (op.cit.). Ofte øser pasienten sin smerte over dem han/hun har størst tillit til (Mathisen 1995). En annen mulig reaksjon er å resignere. Atferdsmessige tegn på dette trenger ikke å være tydelige, og det kan være en fare for at personalet oppfatter manglende tegn på reaksjon som akseptering av situasjonen. Noen pasienter kan reagere med depresjon eller sorg med tanke på å skulle miste livet. Mathisen (1995) hevder at alle mennesker reagerer med angst og frykt foran døden. Pasienter kan i tilfeller hvor reaksjonene er sterke, trenge spesiell hjelp fra psykolog eller lege, eller fra prest eller annen sjelesørger. Sykepleiere kan være behjelpelige med å

formidle kontakt med slike hjelpere når pasientene ønsker dette, i tillegg til den hjelp og støtte de selv gir.

Å bevare håp som drivkraft for å holde livsmotet oppe.

Håp kan betraktes som en ressurs som drivkraft til å holde livsmotet oppe. Håp er ikke en direkte målbar størrelse, men en individuell *opplevelse*, et element i opplevelse av livskvalitet, en *drivkraft* for å holde livsmotet oppe, en *forventning* og et *ønske* om behandling som helbreder eller forlenger livet (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 160). Sykepleieren Joyce Travelbee definerte håp slik:

“Hope is a mental state characterized by the desire to gain an end or accomplish a goal combined with some degree of expectation that what is desired or sought is attainable”

(Travelbee 1971: 77)

Håp er fremtidsorientert, noe som sikter mot fremtiden i form av en forhåpning hvor pasienten ønsker en forandring i den nåværende livssituasjon (Travelbee 1971:79). Definisjoner av håp omfatter forventninger om noe *godt* for fremtiden, som en evne til å betrakte fremtiden med positiv forventning (Stephenson 1991).

Flere peker på at håp synes å ha betydning for å vedlikeholde å gjenvinne helse (Travelbee 1971, Stephenson 1991, Rustøen 1996). Rustøen (1996) viser til flere studier som peker på positive sammenhenger mellom håp og overlevelse av kreft. Litteraturen antyder at håp eller å være uten håp har både kognitive og atferdsmessige komponenter (Stephenson 1991). Håp synes å ha sammenheng med menneskets *vilje*. Travelbee (1971: 80) hevder håp er relatert til *mot og utholdenhet*. Hun hevder at mot ikke er ensbetydende med evne til å mestre ekstreme livssituasjoner, men en evne til å møte problemer hver dag. Mot er nødvendig for å tilføre seg selv smerte, eksempelvis ved å

sette insulinsprøyte på seg selv, eller ved å være i fysisk aktivitet når pasienten er nyoperert og operasjonssåret smerter ved bevegelse. En person med kroniske smerter trenger mot for daglig å møte smerten, og for å holde ut og leve seg gjennom den uten å fortvile og gi opp.

Når håp svekkes.

Håpet kan svekkes dersom mennesker lider for intenst over lang tid.

Ytterligheten er å miste håpet og bli helt uten håp. Selve situasjonen kan da betegnes som *håpløshet* (Stephenson 1991).

“The hopeless individual is devoid of hope, i.e., he does not strive to solve problems, or cope with difficulties of life, because he does not really believe that any change can be effected”

(Travelbee 1971: 81).

Den håpløse har mistet troen på en fremtid eller at problemer lar seg løse i fremtiden. Er håpet tapt kan det føre til resignasjon og handlingslammelse (Stephenson 1991). Pasientene overvinne ikke hindere de står overfor, og dette kan føre til angst og/eller depresjon (Faulkner og Maguire 1998). Sykepleiere står i fare for å gi informasjon som blir uriktig oppfattet og medvirke til urealistiske oppfatninger hos pasienter eller påføre pasienter “skade” i form av håpløshet. Motsatt kan ikke sykepleieren gi håp til pasienten, men hjelpe pasienten, først og fremst ved å være tilgjengelig og vise vilje til å hjelpe pasienten med å bevare håpet, unngå håpløshet eller å gjenvinne håp (op.cit.). Leting etter mening kan være en veg å gå videre på.

Å finne mening i situasjonen.

Faulkner og Maguire (1998) mener helsepersonell som viser profesjonell dyktighet i samspill med kreftpasienter kan være til hjelp for å komme igjennom den vanskelige prosessen med å finne mening i den forstand at pasientene tilpasser seg situasjonen:

“Hvis du tilpasser informasjonen du gir om en pasients sykdom og behandling, til det pasienten ønsker å få vite og er beredt til å få vite, kan du i høy grad hjelpe ham til å tilpasse seg den vanskelige situasjonen, uansett hvor langt sykdommen er kommet”

(Faulkner og Maguire 1998: 88)

Det er vanskelig å finne mening i at en har fått kreft. En står oftest uten forklaringer og det finnes få opplagte risikofaktorer. Det dannes et tomrom som pasientene kan projisere sine egne forestillinger inn i (op.cit.). For å fylle tomrommet som ikke gir mening, kan forestillinger om helse sett i et vidt relativistisk perspektiv ha som funksjon å gi mening i situasjonen (jfr. Kap. 2.2.3). Pasientene kan bli besatt av tanken på at det er deres egen skyld, eller bli bitre fordi de forestiller seg at andre har skylden (Faulkner og Maguire 1998), og skyldfølelsen kan true selvrespekten.

Selvoppfatning og selvrespekt.

Å få kreft innebærer endringer i kroppen. Sykdom og behandling kan også føre til endret utseende, eksempelvis er tap av hår en bivirkning av behandling med cellegift (Hirsch o.fl. 1998). Ytre og indre endringer i kroppen, kan true pasientens selvoppfatning. Selvoppfatning er beskrevet som en fellesbetegnelse for alle måter en person oppfatter seg selv og føler for seg selv på (Skaalvik og Skaalvik 1996). Selvoppfatning omfatter alt en person mener om seg når han beskriver hvordan han ser på seg selv, og personen kan oppfatte seg forskjellig i forskjellige roller (op.cit.). En pasient kan oppfatte seg selv forskjellig i ulike roller, for eksempel foreldrerollen, yrkesrollen og pasientrollen. I situasjoner hvor personer får kreft, kan en positiv selvoppfatning være en ressurs som hjelp til å mestre situasjonen. Oppfatning av seg selv som sterk kan være til hjelp for å mestre påkjenninger i situasjonen. Kreft og behandling av den kan medføre at personer får endret utseende eller endret førlighet. Slike endringer kan true selvoppfatningen.

Sykepleiere bør være oppmerksomme på den betydning selvoppfatningen har som ressurs for pasientene. Pasientenes selvoppfatning og vilje er ressurser som kan bevares og styrkes gjennom delaktighet, selvbestemmelse og at det blir vist respekt for deres integritet, hevder Gustafsson (1997).

Selvrespekten har en normativ karakter. Selvrespekt har flere sider hevder Valset (1996: 494). En side er behovet for å *mestre*, være kompetent og selvbestemt og tilfredsstillende både egne og andres vurderinger. Ved siden av å vurdere seg selv blir en også vurdert av andre som setter mål og gir indirekte eller direkte tilbakemeldinger på prestasjoner. En annen side ved selvrespekt avhenger av sammenheng mellom egen *overbevisning* om hva som er riktig og de handlinger en faktisk foretar seg (op.cit.). Men vurderinger av alternative handlingsvalg, blir ofte opplevd å være innskrenket for pasienter med kreft. En "må" undersøkes og gjennomgå behandling for sykdommen. Tap av mulighet til å velge betyr tap av kontroll (Knardahl 1998).

Det er mye som kan true kreftpasientens selvrespekt, blant annet skyldfølelse. Og skyldfølelse er velkjent hos kreftpasienter (Hirsch o.fl. 1998). Tanker om at en kunne ha sluttet å røyke er et eksempel på opplevelse av egen skyld i situasjonen. Ytre tegn på sykdom slik som ekstrem avmagring eller hårløshet, kan føre til at pasienten forakter sitt endrede utseende. Å forakte egen kropp er å forakte noe ved en selv, og hvordan skal en opprettholde samme selvrespekt som tidligere når ens kropp blir forandret til noe foraktelig eller stygt? Pasienter med slike reaksjoner kan trenge støtte og hjelp til å akseptere sitt nye utseende og å fokusere på verdifulle sider ved seg selv, og bli gjort oppmerksom på den respekt de blir vist fra mennesker i omgivelsene.

Pasientenes behov for ulike typer psykisk støtte hører inn under betegnelsen sosial støtte. Rask Eriksen (1996: 39) definerer psyko-sosial støtte som den praktiske og medmenneskelige hjelp som går utover den medisinske behandling. Knardahl (1998) viser til en inndeling publisert av House (1981),

hvor sosial støtte deles inn i fire former for støttende atferd; emosjonell støtte, instrumentell støtte, informasjonsstøtte og evalueringsstøtte eller vurderingsstøtte. Emosjonell støttende atferd er å vise empati, kjærlighet og omsorg, mens instrumentell støtte er teknisk hjelp og tjenester som hjelper pasienten direkte (op.cit.). Informasjonsstøtte er å gi råd, forslag og informasjon, mens evalueringsstøtte handler om å gi tilbakemelding, bekreftelse og sammenligninger med andre (op.cit.).

Evalueringsstøtte kan virke positivt på pasientens selvoppfatning, men emosjonell støtte er den form for støtte som har vist seg å ha størst betydning for kroppslig helse (Knardahl 1998). Rask Eriksen (1996) har funnet at pasienter rapporterer å motta mest psykisk støtte fra familie og venner. Omfanget av støtten de har fått fra profesjonelle var langt mindre (op.cit.). Sykepleie som emosjonell støtte eller faglig omsorg kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 2.4.4.

Sosiale relasjoner og sosial tilhørighet.

Familien til kreftpasienten bør trekkes inn i omsorgsprosessen (Sosial- og helsedepartementet 1997b). I og med at sosial funksjon og handlemåte kan endres som følge av opplevelse av kroppslige forandringer hos syke mennesker (Sachs 1987), kan pårørende som kjenner pasienten, bistå med å avdekke behov for hjelp. Dessuten har sykdom og behandling følger for familie, arbeidssituasjon og økonomi (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 28). Et forhold som ikke må bli oversett, er det at pårørende også kan trenge informasjon, støtte og hjelp.

Behov for tilhørighet og kjærlighet handler om nære relasjoner til andre, som følelsesmessig og sosial tilknytning til venner og familie. De følelsesmessige sider ved dette behovet virker på handlingsvalg og opplevelser. Kulturen har også innvirkning på verdier, tanker og handlinger. Geografisk tilhørighet, respekt for egne røtter og verdifelleskap bidrar til opplevelse av tilhørighet til

familie og miljø. *“Dette ser ut til å fungere som beskyttelse eller immunitet mot forskjellige former for sykdom og sosial oppløsning”*, hevder Valset (1996: 493). For å yte individuelt tilpasset omsorg, hevder Leininger (1991) at sykepleiere må bli kjent med, og ta høyde for kulturen pasientene lever i.

Endret rolle i det sosiale nettverket.

Familien står tradisjonelt i en særstilling i sosiale nettverk, og pasientene kan bekymre seg for fremtiden til familien i tillegg til egen fremtid. Uansett hvilken rolle pasienten har i familien, skjer et rolleskifte som følge av diagnostisering og behandling, og det kan bli aktuelt å stille spørsmål om jobb eller hus kan beholdes (Hirsch o.fl.1998: 173). Her har de en annen rolle enn privatlivets roller. Pasienter som til nå har vært arbeidsdyktige og har hatt omsorgsroller i forhold til familie, kan i en situasjon med kreft som ikke umiddelbart behandles effektivt, erfare at yrkes- eller familierolle endres raskt eller gradvis.

Pårørende som er signifikante andre, det vil si mennesker som betyr noe spesielt og står pasienten nær, kan styrke pasientens ressurser dersom de samspiller bekreftende når de besøker pasienter i sykehuset. Mennesker bryr seg om signifikante andre og lytter til dem. Deres syn og innstillinger i livet har innflytelse både på oppfatningen en til en hver tid har av seg selv og på ens forestillingsverden (Carlsen 1997, Trost og Levin 1996).

Å styrke selvoppfatning og vilje til liv gjennom anerkjennelse og respekt.

Å vise respekt er synonymt med å viser den andre ærbødighet eller aktelse. Browne (1997) har fra pasientbeskrivelser funnet følgende karakteristikker ved respekt: Respekt er å behandle mennesker som iboende verdige og likeverdige i prinsippet. Respekt er å vise aksept for den andre og å vise vilje til å lytte aktivt til pasienten. Respekt innebærer virkelig å forsøke å forstå pasientene og den enkeltes spesielle situasjon. Respekt er å gi adekvate forklaringer og vise oppriktighet i samspill (op.cit.). Anerkjennelse fra andre kan

sannsynligvis hjelpe pasienten til å se verdifulle sider ved seg selv som menneske, og evalueringsstøtte, og/eller som å bli vist empati, som en emosjonell støttende atferd (Knardahl 1998).

Gustafsson (1997) bruker termen bekreftende samspill om samspill med anerkjennende kommunikasjon, det vil si samspill hvor den enkelte pasient sine ressurser blir møtt og imøtekommet på slik måte at positiv selvoppfatning og vilje til liv bibeholdes. Bekreftelse relaterer pasienten til livet i sosial forstand. Bekreftelse viser at du eksisterer, og manglende bekreftelse at du “ikke eksisterer” i en gitt sosial relasjon (op.cit.). I samspill kan sykepleieren bekrefte den andre ved å lytte aktivt, vise ferdigheter i å svare og gi positiv respons på den andres eksistens som levende, følende, menende og villende vesen.

2.3.4 Individuell livshistorie og livssituasjon

Pasientene er individer og befinner seg “et sted i livet”, i sin spesielle livssituasjon. Deres helsemessige tilstand og deres måte å mestre og finne mening i situasjonen når de får kreft, er individuell og livshistorisk situert. I faglitteraturen anbefales systematiske samtaler for å klarlegge den enkelte pasientens problemer og syn på egen situasjon. I det følgende skisseres de tema som anbefales dekt i strukturerte samtaler. Deretter tar jeg frem noen momenter ut fra et kulturpsykologisk perspektiv på fortellinger og meningskonstruksjon. Grunnen for å illustrere de to perspektivene, er en antagelse om at de to kan utfylle hverandre, og gi begge parter i samspillet en dypere forståelse av situasjonen.

Klargjøring av problemer gjennom samtaler om sykehistorie og situasjon.

Faulkner og Maguire (1998) anbefaler samtaler med kreftpasientene for å klarlegge pasientenes sykehistorie. De hevder følgende områder må dekkes i strukturerte samtaler med pasientene.

En må få pasientens sykehistorie fra og med de første symptomene, og finne ut hva som skjedde da pasienten første gang søkte lege, og hvordan pasienten reagerte på informasjonen og rådene fra legen. Det er også viktig å finne ut hvordan pasientene reagerer på behandlingen de får, og å sjekke ut hvordan pasientene ser på situasjonen på det aktuelle tidspunkt når sykepleier og pasient samtaler. Det er videre viktig å finne ut hvordan pasienten har klart seg psykisk, og om det er tegn på psykisk lidelse og hvordan pasienten har avfunnet seg med kreftdiagnosen. Det er viktig å vurdere pasientens sinnsstemning og finne ut hvordan han/hun ser på fremtiden. Dersom denne prosessen avslører tydelige problemer, er det viktig å finne ut om pasienten har lagt disse frem for noen for å få hjelp, og danne seg en oppfatning om denne pasientens åpenhetsnivå. En bør også finne ut om det har skjedd andre negative hendelser i den siste tiden i pasientens liv. Det kan for eksempel dreie seg om dødsfall i familien eller økonomiske problemer. Det er også viktig å danne seg et bilde av pasientens generelle funksjonsdyktighet (op.cit.). Pasientens allmenntilstand kan være svekket som følge av kreften, men ikke nødvendigvis. Andre sykdommer eller et usunt levesett kan også virke inn på allmenntilstanden.

Fortellingen som meningskonstruksjon.

Pasientens situasjon kan betraktes som en begivenhet som skjer på et bestemt sted (sykehuset), og utspinner seg i løpet av en bestemt tidsutstrekning. Samtalene er hendelser i personenes livsplan, og samtalene dreier seg blant annet om hendelser som har skjedd i pasientens liv. For å finne ut hva pasienten virkelig mener, kan en se mening som en narrativ konstruksjon av virkeligheten. For å forstå pasientenes handlinger, må en samtidig forstå hvordan de tolker meningsdanningen mellom pasient og sykepleier. En kan ikke fullt ut forstå menneskelig handling uten å vite hvordan og hvor den er situert i den umiddelbare situasjonen hvor både biologi og kultur operer, hevder Bruner (Bruner 1997: 182).

Den narrative virkeligheten har en subjektiv struktur, hvor viktige hendelser segmenterer tid, i det minste som en begynnelse, midte og slutt, hevder Bruner (op.cit.). Vi tolker og forstår virkeligheten i relasjon til en fortellings-struktur. Bruner (op.cit.) hevder fortellingen er intensjonell, ikke fordi den leter etter årsaker, men leter etter grunner som kan bedømmes og evalueres innenfor normative skjema. Pasientene kan i denne forstand lete etter grunner til kreft, heller enn fakta og medisinske forklaringer. Kulturelt forankra oppfatninger om sammenhenger mellom kreft og levemåte, kan ligge til grunn for skyldfølelse hos noen. For å forstå pasientens syn på situasjonen, kan en sykepleier med “kulturpsykologiske briller på”, oppmuntre pasienten til å fortelle, heller enn å dvele ved fakta, og forsøke å forstå pasientens perspektiver og meningskonstruksjon.

En fortelling tar for seg det særegne, det som er verdt å fortelle. Problemet står i sentrum, og historien dreier seg om normbrudd, hevder Bruner (1997). Det som er verd å fortelle representerer brudd med det kanoniske, legitime og vanlige. Bruner hevder at vi utvider historien og selvbiografien gjennom fortellingen om hendelser som representerer vendepunkter og får noe til å skje. (Smerter eller tap av vekt førte til undersøkelse, som førte til innleggelse, som førte til at pasienten fikk vite at han har kreft, som førte til behandling, og nå lever pasienten videre). Gjennom fortellingen konstrueres mening. En leter etter historiske årsakssammenhenger og forstår hendelser som brudd på det vanlige. Vi holder fast på en samhörighet med kanon, samtidig med vår redegjørelse om oss selv og våre brudd på kanon, hvor brudd er en slags påtvunget avvik fra det som var forventet (op.cit). Vi utvider fortellingen for å skape en ny normativ orden. Fortelleren “gjenoppretter legitimitet”:

“Vi konstruerer et “liv” gjennom å skape et identitetsbevarende selv som våkner neste dag og fremdelses stort sett er det samme”

(Bruner 1997: 152).

Samarbeid mellom sykepleier og pasient ut fra denne forståelsen, kan kanskje være til hjelp for å konstruere en utvidet eller ny forståelse av pasientens virkelighet. En av de viktigste måtene mennesker samarbeider på, er gjennom den narrative utfyllingen av historien, hevder Bruner (op.cit.). Dersom pasientens tanker kretser om et problem, for eksempel “skyld”, uten at pasienten kommer videre og ut av tankemønsteret, kan fortelling og “forhandling” om alternative perspektiver kanskje utvide eller skape alternative måter å oppfatte virkeligheten på?

Jeg mener sykehistorie som redegjørelser for hendelser og reaksjoner, og fortelling som meningskonstruksjon kan utfylle hverandre ved å bringe frem henholdsvis faktakunnskap om hendelsesforløpet og kunnskap som forståelse skapt i en fortolkende prosess. Dersom fortellingen også kan være til hjelp for pasienter som her og nå opplever seg selv i “utakt” med natur og kultur, kan en se fortellingen som et hjelpemiddel til endret situasjonsforståelse og lindring av den psykisk lidelse.

Biologi og kultur opererer begge lokalt,
i den umiddelbare definisjon av situasjonen,
i de umiddelbare samtaleomgivelsene,
i den immanente tilstanden i nervesystemet
(Bruner 1997: 182).

2.3.5 Pasienttilfredshet og sosial persepsjon

Tilfredshet med samspill kan betegnes som erfaring av sosiale prosesser. Linder-Pelz (1982) definerer pasienttilfredshet som “*positive evalueringer av distinkte dimensjoner i helsevesenet*”, og peker samtidig på begrepets subjektive natur og relative karakter. I studie av pasienttilfredshet er persepsjon blitt definert slik:

“Perception is the awareness and interpretation of activities of others in the environment through the use of sensory organs”

(Al-Kandari 1998: 916).

Pasienten erfarer i en prosess hvor han persiperer eller mottar og registrerer sanseinntrykk og danner seg oppfatninger av det han sanser.

Persepsjon og forventninger.

Persepsjon omfatter både oppmerksomhet og fortolkning (Al-Kandari 1998). Sosial persepsjon omfatter oppmerksomhet, sansing og fortolkning av andre mennesker i omgivelsene. Sosial persepsjon er en prosess som foregår kontinuerlig når vi forsøker å forstå mennesker vi er i direkte samspill med. Vi danner oss inntrykk av dem og trekker slutninger om dem (Stensaasen og Sletta 1996: 104). Gjennom vurderings- og tolkningsprosesser skapes forventninger til andre mennesker og til en selv (op.cit.).

I møte med andre mennesker står vi overfor en mengde informasjon. Gjennom sansene mottar og registrerer vi en rekke inntrykk; hører stemme og ord, ser vedkommendes uttrykk, holdninger og bevegelser, fornemmer eventuelt lukt eller taktile inntrykk. De som samspiller mottar også inntrykk fra omgivelsene og fra egen kropp, for eksempel sterke smerter. I persepsjonsprosessene foregår bearbeiding av informasjonen som må begrenses, sorteres og organiseres til meningsdannende sammenhenger (Eide og Eide 1996). Den spontane perseptuelle organisering er uttrykk for vår personlighet og våre forventninger, hevder Eide og Eide (op.cit.). Når vi møter andre mennesker danner vi oss oppfatninger av dem på basis av en kontinuerlig strøm av inntrykk, observasjoner og påvirkninger, og vi bygger tolkninger på erfaringer, innstillinger og selvoppfatning, samt språklige og kulturelle forutsetninger (Eide og Eide 1996, Stensaasen og Sletta 1996). Signalene fra verden utenfor personen “filtreres” og ordnes på måter som er karakteristiske for den enkelte. Stensaasen og Sletta (1996) viser til at den enkeltes

forventninger, sammen med motiv og mål, virker bestemmende på atferden i situasjonen.

Forventninger har betydning for samspill med andre mennesker, og for tolkning og vurdering av samspill som erfares (op.cit.). Mål og motiv for samspill varierer. Et spørsmål en kan stille seg, er hvorvidt pasienter forventer at samspill særlig innrettes mot bestemte målområder. Forventer de for eksempel at samtalene skal dreie seg mye om behandlingstiltak, men lite om deres privatliv? I så fall vil pasientene neppe selv ta opp problemer de mener tilhører privatlivet med sykepleiere, dette fordi forventninger virker inn på hvordan en selv vil opptre:

“Forventninger til samspillspartnere fungerer som forutsigelser, dels av hvordan en selv vil opptre og lykkes, og dels av hvordan andre deltakere i samspillet vil handle og lykkes”

(Stensaasen og Sletta 1996: 124)

Linder-Pelz (1982) beskriver forventninger som et sett av antagelser eller tro en har om egenskaper som tilskrives en hendelse eller et objekt. Hun kommer frem til at en kan finne korrelasjon mellom forventninger og tilfredshet, men forventninger forklarer bare en del av variasjonene i pasienttilfredshet.

Tilfredshet er relatert til andre persepsjonsvariabler, slik som tilgjengelighet, hvor attraktiv hendelsen eller objektet er og de alternativer en ser for seg. Individets rangering av disse variablene er en funksjon av sosial innflytelse, og derfor er tilfredshet også et resultat av eksplisitt eller implisitt *sammenligning* med andre helsetjenester personen kjenner til eller som personen eller andre har erfart (op.cit.). Forekomst av hendelser refererer ikke til persepsjon, men til rapportering av persepsjon av hva som faktisk hendte. Tilfredshet er derimot en evaluering eller følelse knyttet til det som hendte.

Evaluerer i termer av god/ dårlig eller viktig/uviktig betskriver Linder-Pelz (op.cit.) som en holdning til et aspekt ved helsetjenesten.

Tilfredshet med samspill kan også bli betraktet i lys av teorier om sosial persepsjon slik som teori om stereotyping og om attribusjon. *Stereotypier* er forenklinger hvor vi overser individuelle ulikheter, og plasserer personer inn i bestemte grupper når vi gjenkjenner bestemte egenskaper eller trekk ved gruppen (Stensaasen og Sletta 1996). Stereotype oppfatninger om *roller* kan gjøre det lettere for pasienter å forholde seg til sykepleiere (Eide og Eide 1996). Tilsvarende kan stereotyping gjøre det enklere for sykepleiere å forholde seg til mange pasienter (op.cit.). Stensaasen og Sletta (1996) hevder stereotyping forvansker, forenkler eller forvrenger virkeligheten. Følgelig kan overforenkling eller forvrengning bli resultatet av stereotype oppfatninger av både pasienter og sykepleiere.

Med *implisitt personlighetsteori* menes at visse personlighetstrekk antas å opptre sammen. Implisitt henspeiler på at hver person har sin spesielle teori om hvilke trekk som opptrer sammen (op.cit.: 111). Selv om hver person har sin egen teori, er det antatt at det innen kulturer forekommer generell enighet om hvilke personlighetstrekk som grupperer seg i en klynge (op.cit.). Pasienter kan ha oppfatninger om at sykepleiere som har en selvsikker opptreden, også er ansvarsbevisste og faglig dyktige.

Attribusjon kan betegnes som tilskrivning eller tildeling av bakenforliggende årsaker for menneskers atferd. Vi tillegger andre mennesker intensjoner, egenskaper og handlinger i forsøk på å forstå dem og forklare deres atferd (op.cit.). Hewstone (1989) peker på fire nivåer for årsakstilskrivning (causal attribution); individnivået (the intra-personal level), det mellommenneskelige nivået (the interpersonal level), intergruppenivået (the intergroup level) og det kulturelle nivået (the societal level).

Får pasienter lettere en god følelse for sykepleiere dersom travelhet hos sykepleiere som virker selvsikre forklares med knapphet på ressurser i avdelingen? Hva med sykepleiere som viser usikker atferd; forklares den med travelhet eller med likegyldighet og mangel på kompetanse, eller som følge av mangler ved utdanningssystemet? Når en person attribuerer eller tilskriver andres atferd bestemte årsaker, tilstreber personen i følge Heiders teori om kognitiv balanse fra 1958, å oppnå balanse eller harmoni mellom sine følelser for en annen person og tanker og oppfatninger av denne personen (Stensaasen og Sletta 1996). Er en sykepleier vennlig, kan vedkommende bli oppfattet som faglig dyktig og pasienten forklarer for eksempel forsinket medisinerings med tidsknapphet, uten å vite om det er den virkelige grunnen.

I kapittel 2.3.1 og 2.3.2 la jeg mest vekt på å beskrive problemer med relevans for den faglig tekniske sykepleie, mens etterfølgende kapitler har mer vekt på psykososiale problemer, kartlegging og forståelse av pasientenes livssituasjoner og sykehistorie. De psykososiale problemene har særlig relevans for den mellom- menneskelige dimensjon i sykepleie, men profesjonelt samspill handler om å hjelpe pasientene når de står overfor alle typer problemer.

Når pasienter beskriver tilfredshet med sykepleie, beskrives synspunkter konstruert i perspektivet til den enkelte. Pasientenes oppfatninger om kommunikasjonsforholdet med sykepleierne kan betraktes som en funksjon av den enkeltes opplevelse av å være syk og lide, og som en funksjon av sosiale persepsjonsprosesser. Oppfatninger er personlige, men også dannet på bakgrunn av kulturell innflytelse.

Pasientene kan legge ulik vekt på samspill hvor faglig hjelp innrettes mot de forskjellige typer problemer de står overfor. Noen har hevdet at pasienter er mer opptatt av mellommenneskelige ferdigheter enn av faglig teknisk eller praktisk ferdighet i sykepleie (Al-Kandari 1998), mens andre undersøkelser

viser at pasienter verdsetter profesjonell opptreden som gir trygghet og hjelp til selvhjelp (Larsen og Ferketich 1993). Realiteten er kanskje ikke det ene eller andre. Det kan derfor være vanskelig å formulere standarder og kriterier for hvordan sykepleiere skal prioritere praksis rettet mot henholdsvis biologisk og sosial, levende kropp. Alternativt kan kvalitet betraktes som kompetent utøvelse og kontinuerlig forbedring av sykepleiernes kompetanse for å møte alle typer problemer med relevans for sykepleie (Jfr. Kap. 2.1).

Kunnskap om pasientenes perspektiver og vurderinger av helse og helsefremmende kommunikasjonsforhold, kan peke på delområder, nyanser og flere syn på helsefremmende samspill, og gi grunner for å lære og forbedre samspillet kvalitet. Mer kunnskap kan dessuten bidra til mer forståelse av begrepet helsefremmende samspill, som et begrep for en type sykepleiefaglig praksis i sin allminnelighet.

2.4 Profesjonell kommunikasjon

I de to foregående kapitler 2.2 og 2.3 var pasienters forventninger og opplevelser av samspill med sykepleiere tema. I dette kapitlet vendes oppmerksomheten mot sykepleierne og deres forutsetninger for profesjonell kommunikasjon med pasientene. I rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000) heter det at oppgaver sykepleiere utfører, forutsetter evne til samarbeid og kommunikasjon. Enhver helsearbeider utfører yrket på faglig forsvarlig måte og er seg bevisst egen kompetanse (op.cit.). I rammeplanen brukes termen kompetanse. For min studie av oppfatninger om sykepleiefaglig praksis, har de betydninger som legges i følgende begreper relevans: Hva menes med *kompetanse* og hva betyr det at sykepleiere utfører yrket på *faglig* forsvarlig måte når de *kommuniserer* med kreftpasienter? Forståelse av begrepet kompetanse beskrives innledningsvis i dette kapitlet. Til å belyse hva som menes med sykepleiefaglig forsvarlig praksis, tar jeg utgangspunkt i en definisjon av sykepleie og teori om sykepleiens særegne funksjon. Til å belyse kommunikasjon, anvender jeg teori om sosiale ferdigheter og sykepleieteori som fokuserer på fremgangsmåter for målrettet profesjonell kommunikasjon.

2.4.1 Kompetanse

Sykehus er kunnskapsbedrifter, og flere refererte sykepleieteoretikere har pekt på at sykepleie krever faglig kompetanse med basis i relevant kunnskap, ferdighet og ansvarlighet (Henderson 1958/1990, Travelbee 1971, Benner og Wrubel 1989, Leininger 1990). Kompetanse kan forstås som evne til å mestre utfordringene vi møter i vårt dagligliv (Stensaasen og Sletta 1996). I det daglige arbeidet møter sykepleiere utfordringer av faglig karakter, og det forventes at sykepleiere har forutsetninger, det vil si kompetanse, for å mestre utfordringer som er spesifikke for dette yrket. Den pedagogiske filosofen Wolfgang Brezinka har definert kompetanse slik:

“Competence is a relatively permanent personal quality to satisfy certain requirements to their full extent. It is acquired through individual effort and is positively valued by the community”

(Brezinka 1988: 78).

Kompetanse er ikke en medfødt egenskap, men en relativt permanent kvalitet tilegnet gjennom handling og trening (op.cit.). Brezinka skiller mellom modning og målrettet læring, og han vektlegger læring som grunnlag for å tilegne seg kompetanse. Utvikling av kompetanse forutsetter at en har en bestemt intensjon, er rede til å forsøke, og handler hensiktsmessig. Med vedvarende øving, for eksempel på områder som språk, sport eller musikk, kan en person til slutt utøve aktiviteten så godt at betegnelsen kompetanse er berettiget. Med vedvarende øving i en aktivitet blir aktiviteten etter hvert vanemessig; den får karakter av å være “relativt permanent” (op.cit.). Noen vaner kan en betrakte som gode. Disse vanene innebærer handlinger som blir positivt vurdert. Men vanemessig handling kan og vise seg som uvaner som ikke blir positivt vurdert i samfunnet en tilhører. Riktig innøvet vil vaner være uttrykk for kompetanse, dette fordi vanene aksepteres i samfunnet eller det nærmiljøet hvor personen befinner seg. Men når Brezinka ser kompetanse som noe relativt permanent, henspeiler termen *relativt* på at en kan øve og lære for å forbedre kvaliteten på ethvert kompetansenivå. Brezinka drøfter ikke hvorvidt kompetanse kan forfalle, men han ser kompetanse som et ideal alle mennesker bør tilstrebe (op.cit.). Og jeg forstår hans ideer slik at kompetanseutvikling innbefatter livslang læring.

Kompetanse knyttes altså til måten vi møter spesielle utfordringer på i dagliglivet. Utfordringene må ikke bare takles med et nødsrik, men fullt og helt (Stensaasen og Sletta 1996: 186). Å møte utfordringer fullt og helt tilsier at kvaliteter som ligger *like over* grensen til udyktighet, likevel ligger *utenfor* området for kompetanse. Kompetanse er altså å heve seg over et grensenivå

for mestring, samtidig som kompetansebegrepet ikke setter tak for kvalitetsnivået. Begrepet er anvendelig for alle grader av kvalitet, opp til den ypperste (Brezinka 1988).

En kan få inntrykk av at Brezinkas teori bare dreier seg om sunne, friske mennesker med gode forutsetninger for læring og praktisk handling. Men teorien er ikke å forstå slik, selv om den fremhever tilstrebing av perfeksjonisme, men mer i hensikt å være et ideal som i moralsk forstand favoriserer *et aktivt liv* (op.cit.: 86). Brezinka hevder at spesifikke krav og behov svarer til tilsvarende spesifikke standarder som må settes i hvert tilfelle. Slik blir begrensede muligheter hos handikappede tatt i betraktning:

“Competence can thus be defined according to the degree of achievement which can reasonably be expected from each individual”

(Brezinka 1988: 78).

Men vil dette si at kompetanse kan forstås som noe generelt som tillegges en person? Kan en personen være en kompetent *person* som sådan? “Den sykepleieren er kompetent, og den sykepleieren er det også, men noe annerledes, fordi hun har en dårlig rygg som har påført henne et handikap. Generelt er begge personer kompetente”. Det er meningsløst å snakke om kompetanse som noe generelt, hevder Stensaasen og Sletta (1996: 186); en person er ikke kompetent eller inkompetent i sin alminnelighet. Sykepleieren er med andre ord ikke en generelt kompetent person, men kompetent fordi hun/han gjennom sin praksis møter bestemte krav og forventninger til sykepleie fullt og helt.

Brezinka (1988) knytter kompetanse til spesielle utfordringer, eller områder der det stilles spesielle krav til oss; - kompetanse er *alltid* knyttet til spesifikke “requirements”. Noe må bli utført og fullføres, og det som forventes vokser ut av spesifikke situasjoner, eller krav stilt av det omliggende miljøet eller av

personen selv (Sletta 1998). Kompetanse får mening ved å knyttes til bestemte områder:

“If a person possesses the disposition for certain kinds of achievement then he is described as competent in relation to this task: ‘competent to work’, ‘professionally competent’, ‘a competent sportsman’, morally competent’ and so forth. There are as many kinds of competence as there are requirements and corresponding dispositions”

(Brezinka 1988: 76)

Brezinka ser *profesjonell kompetanse* som forutsetninger for å mestre oppgaver som er spesifikke for yrket eller profesjonen. Det stilles faglige krav og forventninger til profesjonelle oppgaver og tjenester. Kompetanse for å møte utfordringer på slik måte at krav og forventninger innfris, er spesifikke for hvert yrke/profesjon.

Sykepleiefaglig kompetanse, eller profesjonell sykepleiekompetanse, er spesifikk i den forstand at den gjør det mulig å møte samfunnets krav og forventninger til sykepleiefaglige tjenester. Kompetanse på profesjonsnivå forstår jeg som å omfatte en rekke delkompetanser. I utdanning og yrkesliv er områdene for kompetanse tallrike og foranderlige, hevder Stensaasen og Sletta (1996). Profesjonell kompetanse kan deles inn i en rekke typer kompetanse, dette fordi hver type fordring krever tilsvarende spesifikk kompetanse. Fordringer spesifikt knyttet til sosialt samspill krever tilsvarende spesifikk kommunikasjonskompetanse.

Stensaasen og Sletta (op.cit.) peker på at en også innen området *sosial kompetanse* må skille mellom ulike typer utfordringer som hver stiller ulike krav til kompetanse:

“Også når det gjelder sosial kompetanse er det nødvendig å skille mellom områder med ulike typer utfordringer, som f.eks. å vinne tilhørighet i en gruppe, å hankses med en konfliktsituasjon, å gi omsorg, å bevare et vennskapsforhold, å hevde egne rettigheter og meninger. Disse områdene stiller noe ulike krav til sosial kompetanse”

(Stensaasen og Sletta 1996: 186).

I sitatet blir det pekt på områder og typer utfordringer jeg mener har relevans i sykepleie til kreftpasienter: Kreftpasienter kan oppleve situasjonene de står oppe i som konfliktfylte. Videre kan en forvente at sykepleiere gir omsorg og utvikler gode relasjoner med pasientene. Dessuten står sykepleiere overfor utfordringer med hensyn til å hevde faglige meninger på slik måte at det ikke vekker anstøt hos kolleger og pasienter. Sosial kompetanse kan altså spesifikt knyttes til en rekke områder innen sykepleie. Dersom sosial kompetanse bidrar til at faglige fordringer imøtekommes som forventet, inngår den som et element i sykepleierens profesjonalitet.

2.4.2 Krav og forventninger til sykepleie

Molander (1997) hevder at kvalifikasjon i vid betydning handler om krav som ulike arbeidsoppgaver stiller til utøveren. Kvalifikasjoner er rettet inn mot faglig utøvelse, hvor den kvalifiserte forventes å kjenne kravene og kunne å forholde seg til dem (op.cit.). Den som har kvalifisert seg som sykepleier, har forutsetninger (kompetanse) for å møte krav og forventninger til sykepleiepraksis.

I Norge har vi lovverk og rammeplaner som setter formelle krav til grunnutdanning i sykepleie. Sykepleieryrket er omfattet av en godkjenningsordning som skal sikre at alle sykepleiere har forutsetninger for å utøve yrkets funksjon. Offentlig godkjenning forutsetter bestått 3-årig høgskole som leder fram til sykepleie som et definert yrke innen helsetjenesten (Sosial- og helsedepartement 1998b). Grunnutdanningen i

sykepleie setter fokus på å utdanne dyktige, ansvarsbevisste sykepleiere, og sykepleiere har :

“en selvstendige funksjon i å hjelpe mennesker med å dekke grunnleggende behov når egne ressurser ikke er tilstrekkelig for å kunne opprettholde liv og helse”

(Norgesnettrådet 1998: 6).

Kompetanse tilegner sykepleieren seg gjennom vedvarende øving og læring som skjer i løpet av utdanningen, men også siden i yrkespraksis.

Hvilke oppgaver skal sykepleierstudenten kvalifisere seg for å utføre?

I Ot prp nr 13 1998-99 heter det om sykepleierens yrkesrolle:

“Sykepleiere har et selvstendig ansvar for sykepleierfunksjonen i helsetjenesten. Sykepleierfunksjonen består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor syke pasienter eller pasienter som har behov for pleie og omsorg”

(Sosial- og helsedepartement 1998b).

I definisjonen av sykepleierens yrkesrolle blir ikke begreper som helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutisk nærmere beskrevet, heller ikke begrepene pleie og omsorg. For å presisere sykepleiens funksjon nærmere, må en støtte seg til sykepleiefaglig teori eller utlede faggruppens funksjon fra plandokumenter for utdanningen og/eller fra arbeidsbeskrivelser samt oppgavefordeling som praktiseres i helsevesenet.

Sammenligning med andre gruppers funksjon i helsetjenesten kan bidra til noe klargjøring. Leger har en viktig funksjon i sykehus. Legens yrkesrolle omfatter *“et bredt spekter av utredning, diagnostikk, behandling og*

behandlingsmetoder” (op.cit.: 134). Til forskjell fra legens virksomhet, som synes å være vesentlig innrettet mot diagnostisering og behandling av sykdom, synes sykepleiens rolle å være innrettet mot ivaretagelse av pasientens liv og ressurser gjennom tiltak for å bevare det friske friskt og stimulere prosesser som virker helsefremmende og livgivende. Jeg vil nå se nærmere på hva sykepleieteoretikere betrakter som sykepleiens særegne funksjon.

Virginia Hendersons definisjon av sykepleie til enkeltmennesker ble publisert i The International Council of Nurses i 1958. Den er siden blitt referert til av sykepleiere over hele verden. Hun har skrevet artikler som publiseres på nytt i 90-årene, og her finner en hennes definisjon av sykepleie:

“The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible”

(Henderson 1958, reprinted 1990).

Sykepleie vil ut fra denne definisjonen være helsefremmende hjelp til mennesker som på grunn av sviktende helse ikke evner å utføre gjøremål og ta vare på seg selv og egen helse fullt ut. Jeg forstår dette slik at pasienter er avhengige så lenge de selv ikke evner å ivareta sin helse. Målet er at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. Sykepleie dreier seg for det første om å tre inn med utøvelse av gjøremål pasienter ikke kan gjennomføre selv. Pasientene trenger hjelp til behandling av sykdom og lidelse. For det andre rettes hjelpetiltakene mot å høyne pasientens krefter, kunnskaper eller vilje til selv å ivareta sin helse. Tilstrekkelig tilførsel av ernæring og væske er noen av forutsetningene for fysisk yteevne. Avpasset hvile og aktivitet fremmer kraft og vigør. Hjelp for å gjenvinne uavhengighet dreier seg dessuten om

pedagogiske prosesser hvor det skjer formidling av kunnskap og påvirkning av holdninger og praktisk handling og måter å møte problemer på.

Hendersons definisjon av sykepleie er en av mange. En finner at noen teoretikere har et naturvitenskapelig syn på sykepleie, og at andre har kritisert dette synet for å være for snevert. Termen “helhetlig sykepleie” har sitt utspring fra et perspektiv hvor en ser sykepleie som både “science” og humanistisk kunst (Hilton 1997). I dette perspektivet rettes aktiviteter inn mot *både* gjenvinning eller vedlikehold av fysiske funksjoner og psykisk støtte og veiledning når det viser seg å være behov for dette.

Hilton (op.cit.) har studert sykepleieteorier og funnet åtte forskjellige perspektiver og typer sykepleiedefinisjoner. En kjerne til vanskelighetene med å enes om en dekkende definisjon av sykepleie, ligger kanskje i dette at sykepleiere står overfor sammensatte helseproblemer. To pasienter kan være “like syke” i medisinsk forstand, men kroppslig, mental og sosial styrke, balanse og velbefinnende er med stor sannsynlighet likevel ikke sammenfallende for de to. Disse forholdene er heller ikke ensartede og statiske hos den enkelte pasient, men komplekse og i endring over tid. Det synes følgelig umulig og uriktig å møte pasientenes problemer med en enkel teori og tilsvarende standardiserte fremgangsmåter.

Jeg har ikke til hensikt å utdype ulike perspektiver og syn på sykepleiens funksjon. Ovenfor refererte definisjon av sykepleie (Henderson 1958, 1990) og Sosial- og helsedepartementet (1998b) sin beskrivelse av sykepleierfunksjonen viser at sykepleie dreier seg om helsefremmende og helsebevarende hjelp med karakter av forebygging, behandling og støtte og veiledning under endrings- og omstillingsprosesser som har sammenheng med sykdom og helsetilstand. Jeg vil nå avgrense fokus til teori hvor sykepleie betraktes som mellommenneskelige prosesser, og tar utgangspunkt i en betraktning av omsorg som grunnleggende i sykepleie.

2.4.3 Sykepleiens omsorgsdimensjon

Begrepet omsorg er ikke entydig, og det blir brukt i flere betydninger i norsk helsevesen. Blant annet brukes begrepet som samlebetegnelse for medisinske og sykepleiefaglige funksjoner, slik som kreftomsorg eller eldreomsorg. Jeg foretrekker å bruke betegnelsen sykepleie til kreftpasienter om funksjonen “kreftomsorg”, og bruker termen omsorg om omsorg vist i sosialt samspill.

Overfor pasientene forventes sykepleiere å vise omsorg. Dette er fremhevet av mange, blant annet Sosial- og helsedepartementet (1998b). Benner og Wrubel (1989) og Leininger (1991) er sykepleieteoretikere som legger særlig stor vekt på omsorgsperspektivet. Disse sykepleierne betrakter *“caring as the core essence of nursing”* (Hilton 1997). Omsorgsrelasjonen gjør det mulig å gi og motta hjelp. Utgangspunktet er at sykepleiere forsøker å forstå pasientens opplevelser av lidelse ut fra pasientenes perspektiver (Benner og Wrubel1989).

Leininger (1991) har gitt en omfattende beskrivelse av sykepleie. Hun definerer omsorg slik:

“Caring (gerund) refers to actions and activities directed towards assisting, supporting, or enabling another individual or group with evident or anticipated needs to ameliorate or improve a human condition or lifeway, or to face death”

(Leininger 1991: 45).

Leininger skiller mellom omsorg som abstrakt fenomen og omsorg som handling (op.cit.). Som verdigrunnlag er omsorg knyttet til moralsk virkelighetsoppfatning. Moralen skjelner mellom gode og onde handlinger (Bråten 1998). Gode handlinger i sykepleie uttrykker hensynet til den andre, hevder Vetlesen og Nortvedt (1996).

Omsorgsverdier som ligger til grunn for å ta hensyn til alle pasienter og den enkelte pasient er tradisjonelle verdier i sykepleie. Den amerikanske pedagogen Nel Noddings (1984) ser bort fra muligheten av universell omsorg som “*caring for everyone*”, fordi hun mener dette er umulig å realisere og leder til abstrakte problemstillinger i stedet for virkelig ekte omsorg. Slik jeg forstår det, betyr ikke dette at hun nedtoner verdien av å ha positive holdninger til omsorg. Hun skiller derimot mellom det å kunne ha en vedvarende indre posisjon eller holdning, som en villighet til å yte omsorg for de en kommer til å møte, og omsorg for noen i relasjonell betydning. Blir vi oppmerksomme på problemer som tid, intensitet og formelle relasjoner, vil dette lede til en revurdering av mulighetene for omsorgsfullt engasjement (op.cit.). Sykepleiere kan bare yte omsorg i den grad de har reelle muligheter for det.

Noddings (1984) peker på to aspekter ved relasjonell omsorg. Hun skiller mellom å ha omsorg for den andre i form av oppmerksomhet overfor den andres syn og interesser og omsorg for den andre som ansvarlighet overfor dennes velferd (op.cit.). I sykepleie kan skillet vise seg som to forskjellige fokus; enten på pasienten som person eller på pasientens helseproblem. Omsorg i sykepleie har relasjonell karakter, og sykepleieren har i pakt av sin stilling et ansvar for å *vise* omsorg for pasienten som opplevende sosial person samt ansvar overfor pasientens velferd i helsemessig forstand.

Omsorg er ikke noe som er særegent for sykepleien, men Leininger (1991) forsøker å vise hva som skiller omsorg i sykepleien fra annen omsorg. Hun har utviklet en modell for sykepleie hvor pasientens kulturelle forankring danner basis for omsorgen; omsorg skal ytes på måter som er i kongruens med pasientens kultur.

Kulturen er en del av menneskers liv, som en slags veiledning om hvordan livet skal leves og oppfattes (Dam 1996). Derfor må omsorgens fokus overskride individet, og rette seg inn mot grupper, familier, institusjoner, lokalsamfunn, subkulturer og kulturer, hevder Leininger (1991), som har utviklet en teori hvor grunntanken er at innsikt i kulturelle faktorer skal gi grunnlag for omsorg som er verdifull for pasienten. Teorien er innrettet mot kunnskap om kulturelle forhold, men jeg forstår Leininger slik at kunnskap om kulturelle faktorer og kjennskap til pasientens kultur, nettopp gir forutsetninger for å handle med omsorg for den enkelte pasient. Som noe i den totale kulturelle levemåte i mindre samfunn eller i familier, kan omsorg forstås og uttrykkes til dels likt, men og forskjellig i ulike subkulturelle grupper. I noen deler av befolkningen kan det være uvanlig å gi en klem som uttrykk for støtte og medfølelse med en person som har fått kreft, mens det vil være den naturlige uttrykksformen blant andre mennesker. Livsstil og måter å møte sykdom og lidelse på, meninger om kreft og åpenhet eller ikke om døden som tema, er eksempler på faktorer som betinges av den kulturen som kreftpasienten er en del av.

Benner og Wrubel (1989) peker på ansvaret sykepleieren har for å tilegne seg kunnskap om den kreftrammede pasientens forståelse av seg selv og hans/hennes kulturelt bestemte mening om kreft og livsstil som "*coping patterns*". De hevder at død og lidelse er blitt tabuemner i det moderne samfunn, med teknologisk selvforståelse og materialistisk fokusering hvor det syke skilles klart fra det sunne. Tap og sorg er temaer som dekkes over og unngås, og det gjør det vanskelig for sykepleieren å ta dem opp:

"In such a society, ... there are few opportunities to talk about or come to terms with genuine, unavoidable loss as a part of the human condition"
(Benner og Wrubel 1989: 268).

Hva om sykepleieren står overfor en pasient som nettopp har fått beskjed fra legen om at han har kreft, og pasienten kommer fra en samfunnsgruppe med frykt for kreft og død, og dette er noe en knapt samtaler om i egen gruppe, og slett ikke utdyper overfor fremmede andre? Å ha kjennskap til denne pasientens kultur og kulturelle forståelse, kan hjelpe sykepleieren til å forstå pasientens måte å reagere og handle på. Kjenner ikke sykepleieren pasientens grunnlag for forståelse av seg selv, og av sykdom og omsorg, risikerer sykepleieren å forsterke pasientens påkjenninger. Omsorgsfull veiledning av pasienter med kreft forutsetter altså at sykepleieren kjenner pasienten og har kunnskap om kulturelle meninger og levemåter (op.cit.). Men kjennskap til pasientens kulturelle gruppe er ikke nok. Ingen person kan være fullstendig lik en annen. Og om to personer tilhører samme gruppe, for eksempel samme familie, har de ikke nødvendigvis sammenfallende kulturelle oppfatninger. Den enkelte har relasjoner i mer enn en subkultur. Slik blir det kulturelle bildet sammensatt, og det kan ikke tegnes med klare skillelinjer. Forståelse for pasientens sykdomserfaring og opplevelse av situasjonen handler om iakttagelse, innlevelse og vurderinger i møte med enkeltmennesker, og om metaforestillinger om pasientens virkelighetsoppfatning.

Gjennom idealer for sykepleiepraksis som er historisk og kulturelt forankra, har omsorg i sykepleie særpreg som skiller den fra annen omsorg. Til forskjell fra omsorg for familiemedlemmer eller andre en kjenner, dreier det seg i sykepleie om omsorg for fremmede andre (Vetlesen og Nortvedt 1996). Dessuten er disse andre i situasjoner hvor de har behov for helsefremmende hjelp. Omsorg er likevel ikke noe som er særegent for sykepleieryrket.

Profesjonell omsorg sikter til at kunnskap *om* omsorg er lært under utdanningen til yrket, til forskjell fra kulturelt overført kunnskap om omsorg, hevder Leininger (1991). Slik jeg forstår Leininger, skiller hun mellom kunnskapstilegnelse gjennom formell utdanning og kunnskapstilegnelse som skjer i folkelige kulturer. Jeg antar at det foregår både formell undervisning

om omsorg i sykepleie og uformell overføring av omsorgskunnskap og verdier som er forankra i sykepleiernes fagkultur.

Leininger (op.cit.) peker på manglende kunnskap blant sykepleiere om kulturelle forskjeller hos pasientene. Det antyder derimot at undervisning og innføring i fagkulturens kunnskap ikke gir nok grunnlag for å møte forventninger om å yte omsorg i kongruens med pasientens kultur. Ut fra dette bør kunnskap om kulturelle faktorer og øving i å yte omsorg i samsvar med pasientkulturer få en større plass i undervisningen til sykepleierstudenter. Dessuten bør øvingsaspektet bli vektlagt. Øving er i følge Brezinka en forutsetning for å tilegne seg kompetanse for å møte forventninger og handle hensiktsmessig (jfr. kap. 2.4.1 om kompetanse).

Sykepleiere møter forventninger fra flere typer kulturelle grupper. I et hvert samarbeid mellom pasient og sykepleier gjør tre kulturer seg gjeldende; pasientens, sykepleierens (hans/hennes profesjonelle kultur blandet i hennes egen) og institusjonens kultur (Dam 1995). Dam hevder sykepleieren må ta høyde for alle tre kulturer, hvor en kan finne ulikheter i verdigrunnlag, virkelighetsoppfatning og oppfatninger av omsorg (op.cit.). Forventningene kan altså være forskjellige for de tre kulturene. Jeg kjenner ikke til kulturene i de enkelte helseinstitusjonene i Norge, og forholder meg til forventninger som er tilkjennegitt hos den offentlige forvaltning av tjenestene. I offentlige dokumenter om helsetjeneste brukes begrepet omsorg i en betydning som peker mot medmenneskelighet og hjelpende holdninger. Omsorg nevnes ofte sist i handlingskjeder som omfatter diagnostikk, behandling, pleie og omsorg (Sosial- og helsedepartementet 1997b: 36). Omsorg blir i Norsk kreftplan beskrevet slik:

*“Omsorg er i seg selv ingen helsetjeneste fordi den ikke kan sees som en selvstendig handling. Den beskriver heller **formen** helsetjenesten formidles på. Den utgjør kjernen i verdigrunnlaget og skal derfor være en felles basis*

*for all behandling og pleie og all kontakt mellom helsearbeidere og pasienter og pårørende. Omsorg er et naturlig element i kvalitetssikringen av helsetjenesten. Alle profesjoner i helsetjenesten har både “eiendomsrett” og forpliktelser overfor omsorgsbegrepet. ... God omsorg er ikke bare erfaringsbasert. God omsorg krever også kunnskap. Den kan og må læres bl.a. fordi **kommunikasjon** er et viktig element i formidling av god omsorg. God omsorg er knyttet til pasientenes og de pårørendes opplevelser. Helsepersonellets håndtering av pasientens og de pårørendes opplevelser er kunnskapsbasert og berettiger både forskning og planmessig kunnskapsformidling til helsearbeidere”*

(Sosial- og helsedepartementet 1997b: 36).

Her blir det indirekte slått fast at omsorgen ikke er spesifikk for et fag eller yrke, og ei heller i seg selv er en helsetjeneste. Dette synet begrunnes med at omsorg ikke er en selvstendig handling, men *formen* en helsetjeneste formidles på. Med “formen” kan en her sikte til væremåte når helsetjenesten formidles. En annen betydning kan vise til utforming eller struktur i den språklige formidling, til forskjell fra innhold i det som formidles. Langer (1993) beskriver form som språklig sammenstilling av symboler, som mønster eller temporale arrangement av elementer. Det er også mulig at en med “formen” sikter til både språklig utforming og til væremåte hos formidleren. At omsorgen utgjør kjernen i verdigrunnet i all helsetjeneste og at kommunikasjon er et viktig element i formidling av omsorg (Sosial- og helsedepartementet 1997b), peker i retning av en forståelse av omsorg som både verdiforankret væremåte og kommunikativ uttrykksform.

En kan konkludere med at omsorg i likhet med samspill, ikke er å forstå som spesifikt faglige aktiviteter; alle samspiller og viser omsorg i forskjellige sammenhenger. Omsorgen er ikke sykepleiens primære oppgave, men kulturelt forankra idealer og måter å utforme tjenesten på. Omsorgsfokuset er fremhevet i sykepleieteorier, og det synes å være vektlagt i dette yrket. Men både sykepleieteori og offentlige dokumenter gir uttrykk for sammenfallende

forventninger til sykepleiens helsefremmende funksjon. Når det oppstår helsesvikt, er sykepleiens primære funksjon å yte pasienten nødvendig faglig assistanse samt å hjelpe pasienten til selvhjelp og mestring av fremtidig liv. Kommunikasjon med pasientene er et hjelpemiddel i slike sammenhenger.

2.4.4 Profesjonell kommunikasjon og fremtreden

Hva menes med profesjonelt samspill, til forskjell fra samspill mellom mennesker i sin allminnelighet? Jeg tar utgangspunkt i termen samspill og betrakter samspill i lys av teori om ferdigheter i sosialt samspill. Termen profesjonell referer til yrkesgruppen eller profesjonen. I denne studien er sykepleieryrket fokus. For å belyse sykepleieteori om profesjonell kommunikasjon, tar jeg utgangspunkt i Travelbee (1971) sin teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleie og hennes beskrivelse av fremgangsmåter og steg i profesjonell kommunikasjon med pasienter.

Sosialt samspill.

Jeg bruker termene samspill og kommunikasjon synonymt. Med sosialt samspill menes kommunikasjon mellom mennesker som er i direkte kontakt med hverandre, og hvor to eller flere personer påvirker hverandre gjensidig (Ask og Sletta 1995, Stensaasen og Sletta 1996). Gjensidig påvirkning skjer i samspillprosesser hvor informasjon, meninger og følelser formidles mellom personene (Dickson 1995). Sosialt samspill dreier seg om prosesser hvor personer er oppmerksomme på hverandre og kommuniserer språklige budskap eller kroppslige signaler til hverandre. Nonverbale signaler kommuniseres samtidig med tale eller når man er taus. Det vil si at kommunikasjon både kan skje ved taushet og når noen taler.

Dickson, Hargie og Morrow (1993) ser samspill ut fra et ferdighetsperspektiv, og legger særlig vekt på evne til å kommunisere hensiktsmessig. De betrakter kommunikasjonskompetanse som sammensatt av kunnskap om mennesker og

kommunikasjon, evne til å handle i samsvar med kunnskapen og vurderinger og overveielser i forhold til utøvelsen. Kommunikasjonskompetanse forutsetter en tilfredsstillende kunnskapsbase og kognitiv forståelse, en positiv følelsesmessig holdning til kommunikasjon, reelle muligheter til å kommunisere på kompetent måte, og bestemte atferdsferdigheter (Dickson o.fl. op.cit.). I dette perspektivet er det utviklet teori om kommunikasjonsferdigheter eller sosiale ferdigheter (Dickson o.fl. 1993, Dickson 1995, Hargie, Saunders og Dickson 1987, 1994, Hargie og Hargie 1995). Hargie definerer sosial ferdighet som

“a set of goal-directed, inter-related, situationally appropriate social behaviours which can be learned and which are under the control of the individual”

(Hargie, Saunders og Dickson 1987: 3).

Sosial ferdighet er ut fra denne definisjonen atferd som er målrettet og synkronisert. Det utvises fleksibilitet i væremåte, slik at atferden tilpasses behov og variasjoner i konteksten. Atferd eller handling er lært. Dyktighet forutsetter at en har et visst nivå av kontroll over atferden, samtidig som det meste skjer intuitivt.

Dickson o.fl. (1993) har utviklet teori om profesjonell kommunikasjon i helsetjenesten, og de betrakter kommunikasjonsferdigheter som ett av tre sett ferdigheter som er vesentlige for denne type profesjonell kommunikasjon. Kognitive ferdigheter og praktiske/tekniske ferdigheter er de to andre settene av ferdigheter som anses å være avgjørende. Kommunikasjonen vil etter mitt syn være profesjonell dersom sykepleieren evner å tilpasse kommunikasjonsferdigheter til behov i den aktuelle situasjon og kontekst, og møter profesjonelle utfordringer fullt og helt. Dette forutsetter at utøveren benytter ferdigheter innen alle tre kategorier i en kontinuerlig problemløsende prosess, hevder Dickson o.fl. (op.cit.). Profesjonell kommunikasjon dreier seg følgelig

om å anvende fagkunnskap, kroppslig kommunikasjonsevne og sosial ferdighet på slik måte at en formidler omsorg, oppnår kontakt og samarbeider med pasienten om å nå helsefremmende mål.

Dickson o.fl. (1993) deler inn sosiale ferdigheter eller kommunikasjonsferdigheter i fem kategorier;

- ferdigheter i å vise oppmerksomhet (svare) og gi positiv respons,
- ferdigheter i å ta initiativ, stille spørsmål og motta informasjon,
- ferdigheter i å forklare og fremme forståelse,
- ferdigheter i å vise følelser med fasthet i væremåte (fremtreden),
- ferdigheter i å innlede og avslutte samspill.

I det følgende ser jeg de fem kategoriene i sammenheng med sykepleieteori om kommunikasjon.

Samspill betraktet i lys av sykepleieteori og ferdighetsteori.

Som innledning til betraktningen av samspill i lys av ferdighetsteori og sykepleieteori skisseres faser i utviklingen av kommunikasjonsforhold mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1971) beskriver fire faser for denne utviklingen: I første fase danner partene seg førsteinntrykk av hverandre. I neste fase fremtrer partenes oppfatninger om hverandre som personer. Så følger en fase hvor sykepleieren viser pasienten at hun/han har evne til innlevelse (empati), og så en fase hvor sykepleieren tilkjenner forståelse (sympati) for denne personen. Fasene ender opp i “*relatedness*” eller rapport. Partene oppnår gjensidig forståelse for hverandres følelser og perspektiver, og først nå er det grunnlag for åpenhet og felles problemløsning. Gjensidig forståelse mellom partene dreier seg ikke om en sosial relasjon i sin allminnelighet, men om forståelse av den andre som henholdsvis person med helseproblem og som sykepleier. Denne forståelsen gir i følge Travelbee grunnlaget for å oppfylle sykepleiens formål (op.cit.).

I det følgende ser jeg fase en og to i Travelbee's inndeling i en sammenheng. Deretter drøftes teori i tilknytning til fase tre og fire. Etter at grunnlaget gjensidig forståelse og problemløsning er belyst, vektlegger jeg ferdigheter i å innhente informasjon og fremgangsmåter i informasjonsformidling og pasientveiledning. Teori om kommunikasjonsferdigheter beskrives i sammenheng med fase-teorien. Selv om hver type ferdighet fokuseres under noen av fasene, betyr ikke det at ferdighetene bare har sin gyldighet i de respektive fasene. Alle typer ferdigheter anvendes i mange sammenhenger, alt etter hensiktsmessighet i hver situasjon.

Førsteintrykk og dannelse av positive oppfatninger om pleiere.

I sin framstilling av kommunikasjon mellom syke mennesker og sykepleiere, ser Travelbee (1971) det innledende møtet som viktig for å skape en god relasjon. I første og andre fase av kommunikasjonsforholdet danner partene seg førsteinntrykk og oppfatninger om hverandre. Travelbee (op.cit.) fokuserer på sykepleierens evne til nøytral observasjon og vurdering av pasienten som den personen han/hun er. Feiltolking er mulig. På bakgrunn av få observasjoner kan sykepleieren tillegge pasienten flere egenskaper enn sykepleieren har observasjonsgrunnlag for å slutte seg til. Dessuten kan sykepleieren identifisere seg med pasienten, og Travelbee (op.cit.) ser det som en risiko for feiltolking.

En annen side ved innledende møter, er pasientens opplevelse. Jarrett og Payne (1995) hevder pasienter sjelden blir forespurt om sitt syn på kommunikasjonsforhold med sykepleiere. Pasienten danner seg oppfatninger om sykepleieren, og sykepleieren bør kommunisere med slik ferdighet at pasienten får et godt inntrykk av personen som representerer institusjonen hvor pasienten trenger hjelp fordi han/hun har kreft. Her vil jeg trekke frem sykepleierens evne til å gi positiv respons og sykepleierens fremtreden.

Positiv respons.

I de innledende fasene av kommunikasjonsforhold, utveksler mennesker vanligvis mange positive responser for å skape kontakt. I ferdighetsteori er positiv respons beskrevet som en ferdighet i å vise oppmerksomhet og svare på den andres tilstedeværelse (Dickson o.fl. 1993). Positiv respons kan avta noe når kontakt er opprettet, men en god kontakt mellom partene kan opphøre dersom partene slutter å gi positive responser (op.cit.). Ferdigheter i å tilkjennegi positiv respons har følgelig sin berettigelse i innledende møter, men også i andre sammenhenger.

Foruten å skape kontakt, har positiv respons også som funksjon å berolige og meddele varme og vennlighet. Undersøkelser viser at tilfredshet med pleie og behandling er positivt relatert til pasienters oppfatning av personalet som varme og vennlige (op.cit.). Å berolige innebærer å vise en generelt optimistisk og håpefull holdning, og å gi svar basert på fakta eller erfaringer som ikke gir ubegrunnet frykt hos pasienten. Slike svar og forsikringer må være ekte og ærlige (op.cit.). I kap. 2.3.3 er håpets betydning drøftet. Å stimulere håp om noe som synes oppnåelig anser jeg som vesentlig når sykepleier kommuniserer psykososial støtte til kreftpasienter.

Sykepleierens fremtreden.

Fremtreden er av betydning for hvilken oppfatning pasienten danner seg av sykepleiere i innledende møter, men også siden i forløpet. I ferdighetsteori beskrives fasthet i væremåte som ferdighet. Med væremåte siktes det her til fremtreden, oppførsel eller vesen. Fasthet dreier seg om hvilken stil sykepleieren har i sin måte å vise hva hun står for av meninger, oppfatninger og tro (Dickson o.fl. 1993). Fasthet i væremåte involverer evne til å stå for egne rettigheter og å vise respekt for andre menneskers rettigheter når en uttrykke tanker, følelser og meninger på en direkte og ærlig måte (Hargie o.fl.). En fast væremåte kan gjøre det mulig å handle ut fra de beste interesser for en selv og egne syn uten å benekte andres rettigheter til å gjøre det samme (op.cit.).

En måte å vise fasthet på, er å være selvrefererende og bruke 'jeg', ikke 'man' om egne synspunkter. Å gi positiv respons er en måte å vise fasthet på. Innholdet i en respons bør omfatte uttrykk for rettigheter og uttrykk for plassering av rettighetene i konteksten. Oppmerksomhet overfor pasientens interesser, tilsier at sykepleieren gir uttrykk for når disse kan bli imøtekommet.

Fasthet i væremåte danner midtpunktet i et kontinuum som går fra unnvikende, underdanige væremåte til den aggressive væremåte. Betraktet som ferdighet, er den faste væremåten vanligvis den riktige, hevder Hargie (op.cit.), som viser til en rekke studier blant annet av sykepleiere.

I studien vil jeg innhente informasjon om pasientenes opplevelser av fasthet i væremåten til sykepleierne. Jeg vil også fokusere sykepleiernes oppfatninger av egen væremåte i samspill med pasienter. Dersom pasientene gir uttrykk for at de må samspille på sykepleiernes premisser, kan dette være uttrykk for dominerende væremåte, på aggressiv side av et kontinuum. Opplever pasientene derimot at de må ta initiativ for å få informasjon fra sykepleiere, kan årsaksforhold være unnvikende væremåte. Medinnflytelse og samarbeid peker derimot i retning av fasthet i væremåte hos sykepleiere. Fasthet i væremåte hos sykepleiere kan være en måte å vise pasientene omsorg på, samtidig som sykepleierne ivaretar egne syn og handler ut fra egne verdigrunnlag.

Travelbee (1971) har hevdet at det er urealistisk å mene at sykepleiere ut fra altruistiske verdier skal møte alle behov hos pasienter og ingen av sine egne behov (op.cit.). Er det for eksempel mulig for en sykepleier å ha *godt humør* hele tiden? Kan sykepleieren ha behov for å "luften ut", og ta hensyn til egne behov i løpet av arbeidsdagen, for ikke å si arbeidsukene og -årene?

Emosjoner er en betegnelse på ulike lyst- og ulysttilstander, det vil si faguttrykk for det vi i daglig tale kaller følelser (Bjerke og Svebak 1997). *Affekt* er en term som står for sterke følelser, vist med tydelig kroppsspråk, og hvor situasjonen forklarer følelsene. Affekter varer vanligvis ikke lenge. *Humør* er vanligvis milde former for subjektive følelser, og er gjerne mer vedvarende enn affekter og uten tydelig kroppsspråk (op.cit.). En kan skille mellom grunnleggende humørkomponenter og humøret, som skyldes en blanding av flere komponenter. Grunnleggende humørtilstander refererer til at noen mennesker har mye godt humør men lite dårlig humør. Det motsatte er tilfelle for andre mennesker, det vil si at de har lite godt humør og mye dårlig humør. Andre igjen har ikke noe spesielt humør, verken godt eller dårlig, mens noen har et humør som svinger gjennom hverdagen (op.cit.: 107).

Til forskjell fra humør, betraktes ikke humor som en følelseskomponent, men som en komponent i sosial kompetanse, med sosiale funksjoner som for eksempel å fremme vennskap, å få informasjon om den andre, å dempe dominant væremåte og "redde ansikt" (McGhee 1998: 119). Foot (1997) hevder at humor i dagliglivet fremfor alt er en mekanisme som fremmer mestring:

"it buffers us against stress and against the criticisms of others; it enables us to maintain and possibly enhance our self-concept and preserve our self-esteem"

(Foot 1997: 281).

Det er gjort undersøkelser som viser at strev demper dårlig humør, men strevsomhet gir ikke nødvendigvis godt humør (Svebak 1987). Kan strev, eller høy arbeidsinnsats dempe eventuelt dårlig humør hos sykepleiere? Sykepleiere skal hjelpe andre mennesker som på grunn av sykdom kan få endret sitt liv dramatisk, og mange pasienter kan ha sterke følelsesmessige reaksjoner på det som skjer. Det kan være krevende å være hjelper i slike situasjoner. Humor

synes å være et effektivt middel til reduksjon av stress (Foot 1997), og kan slik være til nytte både for kreftpasienter og for sykepleiere som utsettes for følelsesmessige påkjenninger i sitt arbeid. Overfor pasientene bør sykepleiere bruke humor på måter som oppleves akseptable.

Det må være rom for å vise følelser som sorg eller skuffelse. Sykepleiere kan sette egne psykologiske behov til side av hensyn til pasientene. Eksempelvis kan følelsesmessige reaksjoner på dødsfall i avdelingen bli undertrykket av hensyn til kvalitet i arbeidet, hvor andre pasienter ikke skal bli berørt av at en pasient dør. Det er forskjell på helsearbeideres evne til å tåle slike arbeidssituasjoner, og mange helsearbeidere viser som følge av langvarig stress forandringer i følelseslivet, hevder Bjerke og Svebak (1997).

Forandringene viser seg i likegyldighet, følelsesmessig ustabilitet og redusert kvalitet i arbeidet (op.cit.). Den reduserte kvaliteten kan vise seg gjennom endret væremåte. Sykepleierens omsorgsfulle væremåte synes å være krevende å holde ved like over tid, men den er til en hver tid viktig for pasientene. For å opprettholde følelsesmessig stabilitet og omsorgsfull interesse over tid, kan sykepleiere ha behov for å bearbeide opplevelser hvor de av hensyn til pasientene har satt egne psykologiske behov for å vise fasthet til side.

Væremåte som ferdighet må omfatte egen ivaretagelse i tillegg til profesjonell ivaretagelse av pasienter. Hargie o.fl. (1994) viser til forventninger om at sykepleiere skal tenke på pasienten først, selv om de er trette og slitne, sykepleiere skal være ydmyke, lyttende og forståelsesfulle, og de bør ikke klage eller være konfronterende. Hargie o.fl. (op.cit.) betrakter fasthet i væremåte som ferdighet, og de viser til at sykepleiere som faktisk var underdanige, etter gjennomgang av et treningsprogram viste mer fasthet i sin væremåte. Fasthet i væremåte synes å være en måte å ta vare på seg selv på, og som sykepleiere kan lære gjennom ferdighetstrening.

Tanker, ideer og følelser er skjulte responser som har betydning for evnen til å vise fasthet. For å vise fasthet trenger en å vite hva ens rettigheter er, og hvordan en skal hevde dem. Har sykepleiere innsikt i og kunnskap om hva deres rolle som sykepleier egentlig innebærer med hensyn til blant annet altruistiske verdier og grunnlag for samarbeid, så vil det være til hjelp for å vise fasthet som moralsk kompetanse. Dess klarere rolleforventningene er, dess enklere er det å forholde seg til dem og handle med fasthet. Evne til å persipere andres adferd med hensyn til å skille mellom forespørsel om å bli brukt uten skjellig grunn, til forskjell fra å være hjelpsom, er også nødvendig for å vise fasthet som væremåte (op.cit.) Sykepleierens evne til å persipere og tolke kroppslige og verbale uttrykk for pasienters og medarbeideres motiver, må trenes opp for å gi grunnlag for fasthet i egen atferd.

Empati og sympati.

I beskrivelsen av kommunikasjonsfaser skiller Travelbee (1971) mellom en fase med empati som nøytral observasjon eller registrering av budskap, og en etterfølgende sympatifase som fordrer evne til moralske vurderinger.

Travelbee betrakter empati som en evne til innlevelse, eller

“the ability to enter into, or share in and comprehend the momentary psychological state of another individual”

Travelbee (1971: 136).

Men hun betegner ikke empati som en følelsemessig evne. Hun beskriver empati som en erfaring som finner sted mellom to personer, hvor begge parter opplever å forstå den andre, og ut fra det forutser den andres handlinger. Empatiseringsprosessen fører til mer forståelse av den andres unikheter og individualitet (op.cit.). Travelbee beskriver empati som en intellektuell prosess som fører til forståelse av den andres tanker og følelser. Hun ser denne prosessen som nøytral; den er ikke innrettet mot fremtidige handlinger. Hun

begrunner dette synet med at det er mulig å få økt forståelse, uten at denne kunnskapen blir brukt i den hensikt å hjelpe den andre personen. Vurderinger knyttet til moralske verdier, som “raske vurderinger” når en har tilegnet seg empatisk kunnskap om den andre. Denne kunnskapen ser hun som en forutsetning for at sympati kan oppstå i den etterfølgende fase i utviklingen av relasjonen mellom pasient og sykepleier. I denne fasen erfarer sykepleieren sympati med pasienten. Med sympati “*there is a basic urge or desire to alleviate distress*” (Travelbee 1971: 141). Sympati forutsetter at en kan involvere seg og gi noe av seg selv til den andre, og evner å overføre omsorgsengasjementet til hjelpende adferd.

Å innhente relevant informasjon har og med evne til å “lese” en situasjon å gjøre. Tradisjonelt har en i sykepleie vektlagt blikket og evnen til å “lese” den andres situasjon, lidelse og ubehag (Vetlesen og Nortvedt 1996). Evne til iakttagelse, forståelse for den andres situasjon og å “se” pasientens sårbarhet og behov er gjennomgangstema i sykepleie fra Nightingale (1984) til Travelbee (1971), Benner og Wrubel (1989) og Benner og Gordon (1996). Oppmerksomheten er av både moralsk og helsemessig betydning, fordi innlevelse kan sette sykepleieren i stand til å tolke situasjonen riktig og om nødvendig sørge for tiltak, informasjon, assistanse, nødvendig lindring eller medisinsk behandling. Kompetent moralsk persepsjon er i mange tilfeller å vite hva en skal se etter eller være var for (Vetlesen og Nortvedt 1996). Det å lese en situasjon godt er ikke løsningen på den, men en forutsetning for å løse problemet (op.cit.).

For å bistå med helsefremmende hjelp, trenger sykepleieren informasjon om pasientenes kulturelt forankra forståelse av seg selv, sitt liv og situasjonen med kreft. Dessuten trenger sykepleieren informasjon om aktuelle helseproblemer og pasientens opplevelser av dem. Vurdering av pasientens behov for sykepleie er en pågående prosess. Den første samtalen for å bedømme pasientens situasjon og behov for sykepleie, bør først gjøres når pasienten har

funnet seg til rette i sykehuset, hevder Faulkner (1995). I lys av Travelbee (1971) sin teori, bør sykepleieren ha god kontakt med pasienten før spørsmål om personlig informasjon bringes på bane. Dersom partene har god kontakt og sykepleieren ønsker å innhente informasjon fra pasienten, er sykepleierens ferdigheter i å oppmuntre til samtale og motta informasjon av betydning for å bringe frem den type informasjon som er ønsket, men og for å sikre at partene har sammenfallende forståelse av den informasjonen som bringes frem.

Ferdigheter i å spørre er en forutsetning for å kunne velge de typer spørsmål som er hensiktsmessige i den enkelte situasjon (Dickson o.fl. 1991). Avhengig av hva som er hensiktsmessig, kan sykepleieren velge spørsmålsformer som er lukkede, åpne, ledende eller sonderende. At typen spørsmål har betydning for å få frem den informasjonen som er tilsiktet, vil jeg illustrere ved hjelp av eksempler med ulike typer lukkede spørsmål:

- Spørsmål for å få presisert informasjon; ”Nøyaktig hvordan føles smerten?”.
- Spørsmål for å avklare valg; ”Foretrekker du søt eller sur melk?”
- Spørsmål med ja / nei som svaralternativ; ”Går det bra å ta medisinen?”

Dersom det er ønskelig at pasienten forteller om hva som opptar ham, kan åpne spørsmålsformer være hensiktsmessige. Åpne spørsmål oppmuntrer til valg mellom mange svaremuligheter og måter å gi uttrykk for sine syn på. Dermed får også den som svarer større kontroll over interaksjonen (Hargie o.fl. 1994). I åpne spørsmål ligger likevel et element av styring, hevder Eide og Eide (1996); dette fordi hvordan-spørsmål leder i retning av opplevelser, prosesser og følelser, hva-spørsmål leder i retning av fakta og håndgripelige forhold, mens hvorfor-spørsmål leder i retning av fornuftige forklaringer og begrunnelser. Ledende spørsmål er spørsmål hvor man leder den som svarer til å gi det svaret man ønsker. Sykepleiere bør unngå å bruke ledende spørsmålsformuleringer som kan åpne for uriktige svar.

Både åpne og lukkede spørsmålsformuleringer har sine fordeler og sin berettigelse. Lukkede spørsmål brukes ofte når en har knapt med tid, og en

trenger presis informasjon. Slike spørsmål kan bli brukt for å kontrollere samspillet (Brataas 1996). Der det er hensiktsmessig at pasienten sier noe om sin holdning til et problem, eller hvilke følelser han/hun sitter inne med, vil åpne spørsmål ofte være å foretrekke (Dickson o.fl. 1993). For pasienter vil det å forstå hensikten sykepleiere har med å stille spørsmål sannsynligvis virke betryggende. Å stille for mange spørsmål, kan føre til stress og eventuelt angst hos den som får spørsmålene (Hargie 1987).

Å forklare og fremme forståelse og mestring i situasjonen med kreft.

Pasienter som er i sykehus fordi de har kreft, har sannsynligvis behov for informasjon om sykehuset og om undersøkelser og behandling som gjennomføres i sykehuset. Pasienter kan oppleve forklaringer i form av god og klar informasjon som hjelp til å løse problemer og til å utvikle instrumentell kontroll. Med begrepet instrumentell kontroll siktes det til følgende;

“det å være i besittelse av “midlene” til å gjøre det praktiske som kan gjøres for å løse problemene en står overfor”

(Eide og Eide 1996: 121).

Kunnskap er ”midler” som må til for å handle helsefremmende. En nyoperert kan forholde seg passiv i sengen på grunn av smerter, fordi han ikke har kunnskap om den betydningen aktivitet har for ham i denne situasjonen. Pasienten har behov for å bli informert fordi han mangler kunnskap til selv å ivareta egen helse på dette punkt. Dersom forklaring ikke blir gitt i dette tilfellet, kan det oppstå komplikasjoner som følge av inaktivitet.

Pasienter har behov for forklaringer og informasjon for å oppnå instrumentell kontroll, men og for å oppnå kognitiv kontroll.

“Å ha kognitiv kontroll innebærer å ha tilgang på informasjon som gjør at en situasjon kan oppleves som forutsigbar og entydig”

(Eide og Eide 1996: 122).

Informasjon som reduserer usikkerhet vil være viktig å gi innledningsvis når pasient og sykepleier møtes. I litteraturen er det pekt på betydningen av at pasientene er i uvante omgivelser når de møter helsepersonellet (Dickson o.fl., 1993). Sykdom og innleggelse i sykehus, endring av hverdagen samt undersøkelser og behandling, kan skape en uforutsigbar situasjon som forårsaker utrygghet. God informasjon hjelper pasientene til å forutse hva som skal skje. Informasjon fremmer mestring, også når det gjelder informasjon om negative forhold, hevder Eide og Eide (1996), som viser til at viten om negative resultater og om dårlige prognoser kan øke opplevelsen av kontroll, særlig når alternativet er usikkerhet. Når pasienter venter på svar på prøver og undersøkelser som kan vise om de har kreft eller ikke, kan det å få et svar ikke bare redusere opplevelsen av usikkerhet, og også øke opplevelsen av kontroll. Sammenlignet med å leve med usikkerhet og frykt for å ha kreft, kan altså det å vite at en har kreft, gi pasienten en følelse av kontroll.

For å møte pasientenes ulike kunnskapsbehov, bør sykepleiere benytte egnede fremgangsmåter og formidle informasjon som bidrar til opplevelse av kontroll og informasjon som forklarer aktuelle sammenhenger i pasientens situasjon. Forklaringer kan inndeles i to typer; en type er fortellende, beskrivende og instruerende, og en annen type er egnet til å synliggjøre årsaker, vise forbindelser og synliggjøre sammenhenger (Hargie o.fl. 1994). Sykepleierne kan gi begge typer forklaringer, alt etter om pasientene har behov for informasjon om det som skjer og hvordan de skal forholde seg, eller behov for å forstå situasjonen med kreft og hvorfor ting skjer.

Forklaringer kan være verbale, illustrerende eller demonstrerende. Klar og rolig taleflyt er hensiktsmessig når en forklarer noe. En bør bruke et presist og direkte språk og unngå moteord, spesielle dialektord eller andre ord som kan oppfattes ulikt (Diskson o.fl. 1993). Forståelig norsk uten vanskelige

faguttrykk er å foretrekke. I en dialog med instruksjon som formål, bør sykepleieren ikke forklare for mye i gangen, men bruke pauser. Viktige poeng i forklaringer kan fremheves spesielt. En kan poengtere verbalt eller nonverbalt ved å heve eller senke stemmen. Å bruke eksempler for å illustrere det en forklarer er en hjelp til å sette det ukjente i sammenheng med det som allerede er kjent. Oppsummeres de viktigste poengene, bidrar det til bearbeiding av informasjon, og informasjonen er da lettere å huske (op.cit.). Forklaringer bør følge en logisk linje eller struktur, som beveger seg fra det kjente til det ukjente og fra det enkle til det mer komplekse (op.cit.). Sykepleieren må finne ut hva som er kjent og hva som er ukjent for pasienten før hun kan legge opp slik logisk struktur og planlegge forklaringen ut fra pasientens forutforståelse og læreforutsetning. Når sykepleieren strukturerer verbalt, blir pasienten mentalt sporet inn på temaet. Uttrykksformen kan virke inn på effekten av forklaringen. Entusiasme eller iver, interesse, omsorg, vennlighet og humor, verbalt og nonverbalt uttrykt, gjør forklaringen mer interessant og attraktiv for den som lytter (op.cit.).

For å fremme pasientens mestring av situasjonen med kreft, kan det være hensiktsmessig at sykepleiere anvende strategier for rådgivning eller klientveiledning. I teori om kommunikasjonsferdigheter er slike strategier beskrevet med følgende steg: Et innledende steg med oppmerksomt nærvær og kommunikasjon av varme, aksept og respekt (Dickson o.fl. 1993). Dette svarer til innledende faser i all profesjonell kommunikasjon, slik som Travelbee (1971) beskriver utviklingen av gode kommunikasjonsforhold. Deretter utforskes problemet for å få full og riktig forståelse av pasientens situasjon og få frem et grunnlag for å utvikle en ny ramme som gir muligheter. Her ser jeg sykepleierens evne til å vise empati, spørre og kartlegge pasientens situasjon som sentral. Dickson o.fl. (op.cit.) beskriver et neste steg hvor målet er å normalisere pasientens følelsesmessige tilstand, og et siste steg hvor pasientens tanker og handlinger for å mestre situasjonen fokuseres. Jeg vil undersøke om sykepleiere kommuniserer ferdighet også på dette nivået.

Å innlede og avslutte samtale.

Pasienter danner seg oppfatninger som i stor grad baseres på førsteinntrykk av helsepersonell. Allerede i løpet av de aller første minuttene når personer møtes, gjør de seg opp en mening om hverandre (Dickson o.fl. 1993).

Sykepleiernes væremåte, og ferdigheter omtalt ovenfor i å svare med positive responser og lytte aktivt og å spørre og forklare godt, har betydning for pasientenes opplevelser i møte med sykepleiere. Positiv respons bidrar til å skape kontakt, men og til å vedlikeholde kontakten over tid. Rommet skaper en miljømessig ramme eller omgivelse rundt pasienten. Sykepleiere kan sørge for orden i sykerommene, og slik fremme positive inntrykk av omgivelsene.

Når sykepleieren avslutter en samtale bør denne avrundes rolig og behagelig. Sykepleieren bør ikke bare uten videre avslutte uten at pasienten synes å være innstilt på dette. Hvis pasienten ikke ønsker å avslutte samtalen, risikerer sykepleieren at pasienten opplever avslutningen som fornærmende og sårende, og pasienten kan eventuelt reagerer med harme (op. sit.). Oppsummering eller markering av at samtalen tar slutt, kan kombineres med positiv respons og avtale om samtale på et senere tidspunkt.

God kommunikasjon må sees i sammenheng med pasientens situasjon.

Profesjonell kompetanse kan forstås som evne til å møte krav og forventninger til yrkesutøvelsen. Ovenfor har jeg tatt utgangspunkt i forventninger til sykepleie som kommer til uttrykk i offentlige dokumenter og i sykepleieteori. Teorien viser at sykepleiere og annet helsepersonell forventes å vise pasientene omsorg. Sykepleiens særegne funksjon kan forstås som direkte hjelp for pasienter som på grunn av deres helsemessige situasjon ikke evner å ivareta liv og helse fullt ut, samt hjelp for å fremme pasientens helse og evne til mestring av situasjonen. Ingen situasjoner og personer er helt like. For å hjelpe trenger sykepleieren altså kunnskap om pasientens helsemessig situasjon og om pasientens forståelse og virkelighetsoppfatning i situasjonen.

Med profesjonell kommunikasjon evner sykepleieren å bringe frem relevant informasjon. Videre forventes sykepleieren å hjelpe pasienten og kommunisere støtte på slik måte at helse og livskvalitet fremmes. I teori som beskriver profesjonell kompetanse fremheves sykepleierens fremtreden og evne til å oppfatte og tolke pasientens situasjon, samt sykepleierens ferdigheter i å gi positive responser, informere, forklare og veilede pasienter.

2.5 Fagkultur; praksis og meninger om samspill

I foregående kapittel 2.4 er samspill mellom pasient og sykepleier betraktet i lys av teori om sosiale prosesser. Ferdigheter og evne til å vise omsorg er beskrevet som kjennetegn på kompetent praksis. I dette kapitlet beskrives teori som belyser kulturell meningsdanning og danner fortolkningsramme for den delen av det empiriske arbeidet som fokuserer på sykepleiernes kulturelt forankra oppfatninger om egen praksis. Innledningsvis i dette kapitlet blir begrepet praksis nærmere utdypet. Til å belyse kulturell meningsdanning anvender jeg filosofisk teori om symbolisme, samt rolleteori og kulturteori med fokus på narrativ meningskonstruksjon.

2.5.1 Praksisbegrepet

Termen praksis kan ha flere betydninger. Marit Kirkevold (1996) deler inn sykepleiepraksis i typer kompetente handlinger i fire typer situasjoner; akutt-situasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Her ligger det til grunn forventninger om en bestemt type handlinger (eller praksis) i tilsvarende type arbeidssituasjon eller praksissituasjon. Jeg bruker termen praksissituasjon om situasjoner hvor kompetente handlinger fordrer faglig kompetanse, til forskjell fra kompetanse for å møte forventninger i andre sammenhenger livet.

Kirkevold hevder ut fra hva som karakteriserer variasjon fra situasjon til situasjon, at hva som er "*god sykepleie*" varierer med type situasjon. Dermed må bedømmelse av pleiekvalitet og av kunnskap som trengs ha utgangspunkt i *type situasjon*. Kirkevold peker på sentrale aspekter ved dyktighet i de fire typer situasjoner. I akuttsituasjoner må kompetent handling komme automatisk, noe som forutsetter at ferdigheter er lært og drillet på forhånd. I problematiske situasjoner består praksis i å finne frem til hva som er pasientens problem eller behov, og å handle problemløsende. I ikke-problematiske situasjoner er pasientens behov for pleie kjente og situasjonen

er stabil. I problemidentifiserende situasjoner er det forebyggende aspektet viktig, hvor situasjoner som kan oppstå identifiseres før de oppstår eller utvikler seg til å bli alvorlige problematiske situasjoner (op.cit.). I sykehuset kan det som eksempel på problemidentifiserende situasjoner være aktuelt å tenke på forebygging av blant annet lungebetennelse eller urinveisinfeksjon hos sengeliggende kreftpasienter som får i seg lite drikke. For *sykepleieren* representerer dette aspekter ved en praksissituasjon. *Pasientens* situasjon er i sin helhet mer sammensatt enn inndelingen ovenfor peker på. Inndelingen i typer kompetente handlinger eller typer faglig praksis i tilsvarende praksissituasjoner, viser til områder for dyktighet i praktiseringen av yrket som sykepleier. Praksis dreier seg om alle typer handlinger sykepleiere foretar overfor pasienter, og Kim (1987) beskriver praksisbegrepet som å referere til kognitive, atferdsmessige og sosiale aspekter ved profesjonell handling som sykepleiere foretar overfor pasienter.

Praksis som kulturelt forankra utøvelse av sykepleie.

Praksis er og en kulturelt innrettet, sosialt inkorporert måte å være i en situasjon med andre på, hevder Benner og Gordon (1996: 44). Å snakke om å være en god sykepleier virker bare fornuftig i den grad vi har konkret praksis og kulturelle ideer til hjelp for å oppdage og verdsette ekspertise i slik praksis (op.cit.). Selv om vi ikke er i stand til å definere formelle kriterier for hva som er god praksis, kan vi oppdage en god praktiker:

“Caring requires sentiment and skills of connection and involvement, as well as caring knowledge and skill. ... Practice must be carried out in constant evolving, living relationships that allow feelings and attitudes to guide meaningful human interactions”

(Benner og Gordon 1996: 44-5).

Her viser en til praksis som relasjoner hvor meningsfullt samspill blir veiledet av følelser og holdninger med normative røtter i kulturelle ideer eller “levere regler” for god praksis.

Praksis er mer enn enkeltstående handlinger, strategier eller teknikker. Bruner (1997) betegner arbeid, aktiviteter eller mer generelt praksis som en prototyp for kulturen. Praxis menes å gjøre det omgivelsene krever, selv om en ikke helt forstår tenkningen som ligger bak handlingsstrategien. Fordi en tilhører en kultur, vet en ofte hvordan ting skal gjøres lenge før en kan forklare begrepsmessig hva en gjør og hvorfor en bør gjøre det (op.cit.). Å betale regninger over internett, er et eksempel på ny utvikling av praksis i vår kultur. Vi “kobler oss til nettet” og “betaler”, og gjør dette uten at de fleste av oss kan forklare hva vi teknisk sett gjør og hvorfor vi gjør de tastetrykk vi gjør. Dersom dette blir strategier man i fremtiden anvender når man betaler regninger i vår kultur, vil mange handle slik uten helt å forstå teoriene som ligger bak.

Tilsvarende kan fremgangsmåter sykepleiere anvender ha karakter av praksis, som prototyp på fagkulturer. Bruner hevder videre at “*ferdigheter er en måte å hankses med ting på, ikke en avledning fra teorien*” (op.cit.: 159). Ferdigheter kan forbedres gjennom teorien, men når vi lærer om noe, blir vi ikke bedre utøvere før kunnskapen føres tilbake til ferdighetene (op.cit.). Jfr. kapittel 2. 4 hvor målretta anvendelse av kunnskaper og ferdigheter ble diskutert.

Brezinka (1988: 77) definerer ikke begrepet praksis, men hevder kompetanse innen et hvert felt av menneskelig aktivitet, er et resultat av praksis. Han viser til Aristoteles beskrivelse av aktiviteter som skaper *vaner*, og fremhever personlig aktivitet og ansvarlighet for tilegnelse av kompetanse. Den blir “*acquired through personal effort*” (op. cit.: 85). Brezinka betegner likevel ikke kompetanse som vanemessig atferd, men som sedvane. Termen sedvane

(habituering) brukes for læringsprosessen hvor gjentatte erfaringer og handlinger av samme type gir foranledning til en vane, det vil si en relativt stabil mental disposisjon for en bestemt type atferd når en utfordring opptrer. Han hevder videre at sedvane i samsvar med kulturelle normer er en forutsetning for å mestre livet; det vil si sedvane som disposisjon for atferd som blir positivt verdsatt fordi den er i samsvar med sosio-kulturelle normer i samfunnet. Med det menes ikke at mennesket er et produkt av samfunnets normer, men et verk skapt av natur, samfunn og egen gjerning (op.cit.: 85). Forutsetninger for mestring beskrives slik:

“man must master his ways of thinking and doing to such a degree that they are carried out smoothly and without conscious thought, as if they were ‘natural’ processes emerging of ‘their own accord’”
(Brezinka 1988: 81).

Kompetanse beror altså på at en er i stand til å handle intuitivt når en situasjon krever det. Eksempler på slik mestring er mestring av morsmål, sosial kompetanse og ferdigheter i arbeid. Tilsvarende guider holdninger og overbevisninger med stor presisjon retning for våre erfaringer på slik måte at en nesten kan snakke om en refleksiv kontroll av tanken. Brezinka mener likevel ikke at sedvane gir grunn for å tone ned (play down) intellektuell årvåkenhet, kritisk bruk av fornuft og evne til tilpasning i nye situasjoner (op.cit.: 82). Et hvert menneske betraktes i dette perspektivet som deltaker i et sosialt system, hvor all menneskelig kompetanse er et resultat av praksis. Ferdigheter betraktes ikke som vanestyrte, men som resultater av praksis blant deltakere i sosiale systemer.

Bruner (1997: 160-1) hevder at konvensjonalisering og distribusjon er to grunner til å se med et kritisk blikk på beskrivelse av ferdigheter som vanestyrte.

Konvensjonalisering refererer til det faktum at ferdigheter i utøvelse gjenspeiler implisitte tilknytningsformer til en kultur; tilknytningsformer som går ut over det vi “kan” på en eksplisitt måte. Tilknytningsformene gir oss en dypt enhetlig kulturell gjensidighet, og uten denne kulturelle gjensidigheten ville kulturen snart komme i drift. For å illustrere at tilknytningsformen går ut over tydelige konvensjoner som “høyrekjøring”, bruker Bruner (op.cit.) “å hilse” som et eksempel hvor vi bruker et felles, komplementært sett av spesifikasjoner, og det å hilse betyr *noe* i en kontekst, og *noe annet* i en annen kontekst i vår kultur. En må bruke “gatevett”, “fjellvett”, “sykehusvett” osv. for å hilse riktig i hver enkelt setting, ikke bare i form av kjente regler, men som tilpasset praksis.

Kjernen i ideen om *distibusjon* er at intelligens ikke er lokalisert til et enkelt hode, hevder Bruner (op.cit.). Han viser til arbeidsfellesskap der man deler den utvidede intelligens:

“Det er denne “finurlige delingen” som danner distribuert intelligens. Ved å komme inn i et slikt fellesskap, har man ikke bare kommet inn i et sett konvensjoner med hensyn til praksis, men også i en måte å utøve intelligens på”

(Bruner 1997: 161).

Bruner betrakter praksis som sett av rebuser som er sammenknyttet gjennom prosesser som skal ivaretas. Sykehus er kunnskapsbedrifter, hvor diagnose, behandling, praktisk og pedagogisk pleie og omsorg for pasienter skal ivaretas. Når en sykepleier kommer inn i en sykehusavdeling, kommer hun/han inn i et fellesskap hvor man har visse konvensjoner, men og felles måter for utøvelse av distribuert intelligens. Ferdigheter impliserer at en ikke bare viser “riktig” atferd i forhold til konvensjoner, men og at en utøver distribuert intelligens eller anvender kunnskap som har intersubjektiv karakter. Yrkesrelevant kompetanse er personlig, men kunnskapen er også

intersubjektiv i det den utvikles i en viss kultur og i et visst sosialt og forståelsesmessig fellesskap med andre personer, som Gulbrandsen (1996) uttrykker dette. Praxis som aktivert sykepleierstatus eller utøvelse av sykepleierrollen, dreier seg med andre ord om å forholde seg til regelstrukturer, men og om utøvelse av praxis hvor sykepleieren, slik som sine kolleger, anvender kunnskap man har til felles i avdelingen. Praxis, som prototyp på kultur, dreier seg om sykepleie som lært arbeid og vanemessige måter å dele felles intelligens på. I det aktuelle kulturelle fellesskapet kan en forvente at praxis er både akseptert og verdsatt. Handler sykepleiere fullt og helt som forventet i det faglige fellesskapet, kjennetegner utøvelsen gruppens normer og oppfatninger om faglig dyktighet.

Bruk av praksisbegrepet i utdanningen.

Sykepleiekulturens praksiser begynner studenten å tilegne seg og være i dialog med når hun/han trer inn i studentrollen. Praksis har i utdanningens sammenheng en annen betydning enn profesjonelle typer praksis eller kulturell praxis. Arild Gulbrandsen (1996) beskriver et skifte i betydningen av begrepet praksis i profesjonsutdanningene. Tradisjonelt anvendes begrepet praksis om den delen av utdanningen der studentene praktiserer, eksempelvis som undervisere i lærerutdanning eller som pleiere i sykepleierutdanning. Tradisjonell begrepsforståelse innebærer ikke et skille mellom teori og praksis, men et skille mellom praksis og forutsetninger for praksis, hvor teori er en av flere forutsetninger (op.cit.).

Når Gulbrandsen (op.cit.) skisserer en alternativ forståelse av praksisbegrepet i utdanningen, tar han utgangspunkt i mennesket som informasjonsutvekslende vesen, og skiller mellom handlinger, uttrykk, uttrykksformer, praksis og praktisering. *Handlinger* kaller han det en person gjør rent fysisk og som kan persiperes. Med *uttrykk* menes handlinger, sekvenser eller produkter av handlinger med intensjon å formidle meningsinnhold til andre. *Uttrykksformer* menes “kanaler”, som verbale, materielle eller kroppslige uttrykksformer.

Forskjellige uttrykksformer eksisterer ikke uavhengig av hverandre; de er deler av helhetlige uttrykksformer. Med *praksis* menes totaliteten av persepsjoner og handlinger, som skapende og vurderende praksiser. *Praktisering* betegner deltakelse i den *praktisk virksomhet*, hevder Guldbrandsen (op.cit.).

Praxis; et aspekt ved utøvelse av sykepleie.

I tradisjonell forstand betyr *praksis* utøvelse av sykepleie (RHHS 1996), eller praktisering, for å anvende Guldbrandsen (1996) sin begrepsbruk. Praktisering hvor utøveren ikke kjenner all teori som ligger til grunn for handlingsstrategien, men handler slik fordi strategien er akseptert og verdsatt i miljøet, forstår jeg som *praxis*. Jeg bruker termen *praksis* generelt om utøvelse av sykepleie i sykehushverdagen. Altså kan *praxis* inngå i utøvelsen av sykepleiepraksis.

2.5.2 Fagkultur og mening

Goffman (1967: 18) beskriver kultur som implisitt *praksis*, og viser hvordan klienter tar i bruk forsvarsmekanismer når de kommer til helseinstitusjoner og “bringer med seg” atferds- og holdningsmønstre, livsstil og vaner for rekkefølge av handlinger, og for når på dagen visse aktiviteter foretas. *Praksis* hører til i deres hjemlige kultur, hvor den tas for gitt. *Praksis* gir menneskene i kulturen en dypt enhetlig kulturell gjensidighet som opererer på mindre bevisste plan (op.cit.). En kan forvente at sykepleiere på tilsvarende måte som pasienter fra andre subkulturer i samfunnet, gjennom *praksis* er knyttet til yrkesgruppens fagkultur i sykehuset.

Foregående kapittel illustrerer hvordan mennesker har beskrevet begrepet *praksis*, men lagt forskjellige betydninger eller *mening* i det de vil uttrykke med begrepet. Samlet viser teoriene at en kan se samspill mellom pasient og sykepleier som probleidentifiserende eller problemløsende *praksis*, men og

som prototyp på kulturen, hvor samspillet kvalitet betraktes som kulturelt forstått ekspertise eller sedvane i samsvar med kulturelle normer. Det ble pekt på både konvensjoner eller leveregler i kulturer og på kunnskap og verdier grupper har felles og anvender i skapende og problemløsende virksomhet. Felles forståelse og kunnskap som tilhører en gruppe ble betegnet som distribuert intelligens (Bruner 1997). Kan en under forutsetning av at det finnes en sykepleierkultur i institusjonen, ut fra dette anta at sykepleiere har felles oppfatninger om hva som menes med helsefremmende samspill? Når meninger om samspill studeres, har jeg funnet teori om menneskers forestillingsverden og evne til konstruksjon og formidling av mening hensiktsmessig.

Til å belyse konstruksjon av mening tar jeg utgangspunkt i symbolisme som skiller mellom mening i psykologisk og logisk forstand. I logisk forstand har ikke mening kvalitet. Mening er derimot et funksjonelt *mønster* som knyttes til et objekt som betyr noe for subjektet. Logisk sett, kan ting (eller handlinger) være egnet til å *bibringe* mening (Langer 1993). Ting eller handlinger kan bli oppfattet som tegn eller symboler for noe som *gir* mening i psykologisk forstand (op.cit.).

Meningskonstruksjon.

Et uttrykk kan ha minst to funksjoner; som tegn eller som symbol. *Tegn* kan også være naturtegn. Våte gater er tegn på at det har regnet, plask på taket er tegn på at det regner nå, fall i barometeret er tegn på at det vil komme regn og tørt gress er tegn på at det har regnet lite i området. Tegnet er et symptom for noe i naturen, det vil si et kjennetegn for et objekt (Langer op.cit.). Subjektet korrelerer hendelser i naturen slik at det minst interessante blir tatt som tegn på noe med betydning. Tolkning av tegn er basis i animalsk intelligens (op.cit.: 59). *Symboler* er hjelpemidler for forestillinger om objekter. Vi har forestillinger om symboler for ting, ikke om kopier for tingene i seg selv. Den fundamentale forskjellen mellom tegn og symboler er forskjellen i hva en

assosierer dem med. Tegn i naturen *gir* oss direkte assosiasjoner til objekter, mens symboler *leder* oss til å fatte det symboler står for, hevder Langer (op.cit: 61). Symbolet er et instrument for tanken. Vi griper begreper gjennom symboler, og forstår symboler ved hjelp av en ubevisst, spontan abstraksjonsprosess (op.cit.: 65). Bruner (1997: 32) hevder at forståelse består i å fatte en idé eller en kjensgjerning sin plass i en mer generell kunnskapsstruktur. Vi griper kunnskapens begrepsstruktur, og forstår noe som eksempel på et mer omfattende begrepsmessig prinsipp (op.cit.).

Forskjellige mennesker danner seg ulike forestillinger om ett og samme objekt. For at mennesker skal forstå hverandre, må deres forestillinger om noe, svare til sammenfallende begreper. Det alle adekvate forestillinger av et objekt må ha felles, er begrepet for objektet. Vi griper begreper gjennom symboler. Kraften i å forstå symboler er det mest karakteristiske ved menneskeheten, og vi forstår symboler i en ubevisst, spontan abstraksjonsprosess (Langer 1993: 72). Abstrakt betraktning er fundamentet for vår rasjonalitet. Vi kan se sammenstilling eller former flere symboler danner. De former symbolmønstre, og straks symboliserer de konfigurasjoner som er forskjellige fra individ til individ, men som likevel har overensstemmende mønster eller form (op.cit.).

Geertz (1973) peker på hvor viktig det er for mennesker å lære å forstå symbolsk mening, og at vi for å forstå er avhengig av en viss type læring:

“the attainment of concepts, the apprehension and application of specific systems of symbolic meaning”

(Geertz 1973: 49)

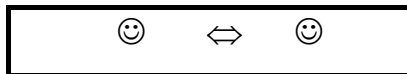
Karakteristiske elementer og proporsjoner mellom elementene gir form og mønster til det vi oppfatter. En sirkel, to punkter og en linje i bestemte proporsjoner kan som et eksempel ha et mønster som gir oss forestillinger om et menneskeansikt: ☺ . En sirkel og to linjer med følgende proporsjoner gir

forestillinger om en klokke, og den viser tiden 15.00: 🕒. I fantasien legger vi inn en rekke elementer som ikke er avbildet, og skaper helhetsbilder som vi har begreper for. Mine forestillinger om helhetsbildene kan omfatte en rekke detaljer som gjør forestillingene til mine private. Grunnen er at andre ikke forestiller seg de samme mindre vesentlige detaljene. Men vi har til felles forestillingene om et ansikt og en klokke, og det gir mening for oss; - felles mening som “kan settes på begrep” og kommuniseres. Vi kan være enige om at “det menes et ansikt” og “det menes en klokke”. Men hvordan er det med begrepet samspill, som ikke forekommer som fysisk form, men som en forestilling om noe som skjer? Kan en “avbilde” profesjonelt samspill på en måte som gir mening?

Et bilde som ser slik ut gir ingen mening:



Bildet mangler de vesentligste elementene og proporsjonene eller plasseringene som viser innbyrdes relasjoner mellom elementene. Om jeg setter inn figurer som kan oppfattes som gjensidig forhold og to ansikter, som symboler for de vesentligste elementene;



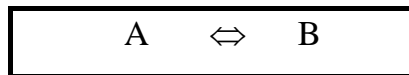
kan andre mennesker forestille seg mye forskjellig. De kan for eksempel tyde figurene som naturtegn for mennesker, og forestille seg at formen illustrerer likhetstrekk mellom to eksempler for arten menneske.

Billedlige symboler er ikke nok for å få frem meningen i mitt budskap. Jeg trenger språklige uttrykk, ord og bokstaver som hjelpemiddel for å få frem meningen. Ord kan ha funksjoner som både tegn og symboler. Et navn *betegner* noe, mens *betydningen* er den direkte relasjonen mellom tegnet og objektet. En setning er et komplekst symbol. Setningens mening gis gjennom konstallasjonen av alle forestillinger hvert ord i setningen bringer med seg av bibetydninger (connotations) (Langer 1993: 67). Den spesielle konstallasjonen avhenger av proposisjonen, det vil si den syntaktiske

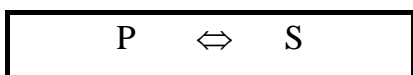
relasjonen mellom hvert ord (op.cit.: 68). Proposisjonen gir et bilde av setningens struktur, og det gir form og mening.

Ved hjelp av tekst (språk) og bokstavsymboler kan jeg både forklare og vise en

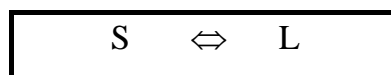
modell av samspill mellom to parter, A og B:



Modellen med dette mønsteret gir sammen med teksten mening for oss. Jeg kan også symbolisere profesjonelt helsefremmende samspill til forskjell fra annet profesjonelt samspill, for eksempel i undervisning, illustrert på denne måten:



Pasient - sykepleier samspill



Student - lærer samspill.

De vesentlige elementene i modellene ovenfor, er ikke symboler for personer i sin allminnelighet, men for spesielle personer, det vil si personer som har særegne posisjoner eller rollestatuser som er aktivert i bestemte typer samspill. Rollene er særegne, de skaper mening, og setter samspill inn i sammenhenger hvor vi forestiller oss bestemte typer aktiviteter. Sykepleierrollen aktiveres med hensikt å fremme helse gjennom denne type profesjonelt samspill. Hver i sær av oss har personlige forestillinger om pasient - sykepleier samspill. Sammen kan vi ha forestillinger om form og mønster dannet av vesentlige elementer som gjør samspill til "samspill". - Og vi kan sette *begrep* på vår felles forestilling om pasient - sykepleier samspill.

Modellen med kun symboler for to personer og dobbelt pil som symboliserer gjensidig "spill", er svært enkel. Den er ment som en illustrerende fremstilling til hjelp for tanken om mening i logisk forstand. Teorien viser at en kan anta at sykepleiere har felles oppfatninger om hva som menes med helsefremmende

samspill; felles meninger i betydningen felles begreper for forestillinger om *de vesentligste kjennetegn og mønster* for slikt samspill. Det særegne ved samspillet er aktørene med bestemte rolleposisjoner og sammenhengen hvor partene kommuniserer med hverandre.

Forestillinger om yrkesrollen.

Hva kjennetegner forestillinger sykepleiere har om sin yrkesrolle og felles forestillinger om rollens betydning for kvalitet i samspill? Her spør jeg etter hvordan en kan forstå mening hos sykepleiere i betydningen mening hos mennesker *i* sykepleierkulturen. Sykepleierkulturen jeg sikter til er den som er utviklet gjennom felles praksis i en lokal kontekst, det vil si i kirurgisk og medisinsk avdeling i et sykehus. Sykehuset er et sosialt system med komplekse strukturer av rollestater eller rolleposisjoner. Rollen som sykepleier refererer til et sett av forventninger om atferd hos de som innehar posisjonen.

Rolleforventninger har karakter av retningslinjer for handling (Hargreaves 1975). Posisjonen til sykepleierne viser seg ved bestemte kjennetegn personer i posisjonen har til felles med andre i samme posisjon. Noen posisjoner er tilskrevet, det vil si at en har slik posisjon enten en ønsker det eller ikke. Slike posisjoner er for eksempel alder, kjønn, familie eller rase. Andre posisjoner er oppnådd eller tilegnet (achieved) (op.cit.). Posisjonen sykepleier er tilegnet, og den henspeler på kvalitet og ferdigheter og væremåte som kjennetegner sykepleiere til forskjell fra personer i andre posisjoner. Psykologisk sett, har hver sykepleier som person behov for å se sin plass for seg selv i rolleposisjonen vedkommende har i kulturen. Bruner (1997) hevder at å lage historier (narrativer) er en måte å tenke på og et middel til meningsdanning, som hjelp til å finne en plass for seg i verden. Jeg forstår dette som at de vesentligste elementene i en narrativ tenkemåte, er de samme som de vesentligste elementene i en fortelling.

Narrativ meningsdanning.

En fortelling innebærer at en aktør ved visse midler handler i et bestemt miljø for å nå mål. Det som driver historien fremover er problemer, som kan være en eller annen mistilpasning mellom aktører, handlinger, mål, miljøer og midler (op.cit.: 112). Med narrativ tenkning ser en person seg som handlende, målrettet aktør, og personen har forestillinger om seg selv, andre, miljøet, målene og midlene eller handlingene en har foretatt for å nå mål. Fortellinger begynner med det vanlige eller legitime, men drives frem av problemer som fører til brudd med det som forventes. Etter bruddet følger en gjenopprettelse av det vanlige, opprinnelig legitime, eller til en omveltning fulgt av en ny legitim orden (op.cit.). Med tilsvarende narrativ tenkning legger følgelig sykepleierne til grunn en oppfatning om vanlig, legitimt samspill med pasienter. Problemer de står overfor betraktes som brudd på det som er vanlig. Narrativ fortolkning er en fremgangsmåte som kommer etter handlingene, som en måte å organisere erfaringer og kunnskaper i fortellingens *form* (op.cit.). Fortolkningen er avhengig av perspektivet til den som fortolker. Sykepleieren som “forteller” og fortolker, rettfærdiggjør gjennom “fortellingen” et normativt perspektiv. Alle fortellinger gjør det (op.cit.: 113).

I samspill er det som sies avhengig av hvordan aktørene fortolker forholdet mellom aktørene. Sosial- og helsedepartementet (1997a,b) gir til kjenne at forholdet mellom pasient og helsearbeider skal baseres på samarbeid som ivaretar pasientens rett til medbestemmelse. Samspillet er situert i institusjonen, og sykepleieren har mer kunnskap om sedvane i sykehuset enn pasienter som oppholder seg her i bare korte perioder. Merkunnskap sykepleieren har om sedvane i sykehusets kultur fører ikke dermed til at hans/hennes “fortelling” blir mer sann. Fortellinger er ikke sanne eller falske, men mer eller mindre troverdige, hevder Bruner (op.cit.). Fortellingen er en måte å kontekstualisere seg i samfunnet, som en fortolkende oppgave hvor en leter etter mening i praksis, hvor meningsdanning er et sentralt trekk ved kunnskap i kulturens symbolske verden (op.cit.). Forståelse innebærer også logiske

aspekter (Langer 1993), og en kan ved å være så eksplisitt som mulig, unngå logiske motsetninger, hevder Bruner (1997).

Forventninger og motsetninger.

Når sykepleiere fortolker samspill, legger hun/ han til grunn en forventning om det kanonisk sedvanlige og en legitim orden. Forventninger som knytter seg til rollen har sannsynligvis også karakter av sedvane. Hva er kanonisk og forventet? Opplever sykepleiere at forventninger til deres rolle endres, kan dette fortolkes som brudd på sedvane, og virke forvirrende.

Bruner (1996) hevder antinomier gir fruktbare forutsetninger for både forvirring og for refleksjon. Med antinomier menes to sannheter som begge kan være sanne, men som likevel motsier hverandre (Bruner 1997).

Antinomier påminner om at sannhet ikke eksisterer uavhengig av perspektivene til de som holder dem som sannheter. I tider med omveltninger blir alltid noen motsetninger i kulturen mer tydelige. Motsetningene speiler seg selv i kulturen (Bruner 1996).

I utdanning viser Bruner (op.cit.) til tre vesentlige antinomier;

- utdanningens funksjon er å sette individer i stand til å fungere ut fra sitt personlige potensiale (individual realisation), men like fullt å reprodusere kulturen (culture serving),
- skolen må gi gode vilkår for å få frem begavelse hos den enkelte (talent centered), men skolen skal også være et hjelpemiddel som gir like vilkår for alle elevers læring (tool centered),
- skolen skal legge vekt på elevenes erfaring og se deres lokale kunnskap som “sann” kunnskap (particularism), men den skal også formidle universell kunnskap som er “sann” (universalism).

Antinomiene “*keep the issues in balance*”, hevder Bruner (1996).

Hvordan er forholdene i sykepleiekulturen med hensyn til motsatte sannheter som begge kan være sanne? Opplever dagens sykepleiere motsatte sannheter om samspill som forvirrende? Fører “omveltninger” i samfunnet til forvirring eller refleksjon omkring sedvane og tradisjonelle forventninger til godt samspill med kreftrammede pasienter?

Yrkesrolle i endring?

Har rollen endret karakter? Tradisjonelt falt oftest tilskrevet posisjon kvinne sammen med tilegnet posisjonen sykepleier. Posisjonen sykepleier var med andre ord et resultat av begge elementer, men er det ikke i samme grad i dag, selv om mannlige sykepleiere fortsatt er et mindretall. Sykepleie er tradisjonelt et kvinneyrke, og mange tenker nok umiddelbart kvinne *og* sykepleier, selv om sykepleiere i dag er både menn og kvinner. I vårt samfunn har sykepleierrollen tradisjonelt blitt oppfattet som en omsorgsrolle. Dette gjenspeilet seg i vårt språkbruk frem til 1970-tallet ved at sykepleiere ble kalt “søster”. I dag har rollen endret seg i retning av å være en praktisk hjelpeposisjon med vekt på medisinsk teknologi. Utvikling og fokus på medisinsk teknologi har virket inn på sykepleierrollen (Leininger 1991, Hamran 1992). Det forventes effektiv utnyttelse av ressursene i sykepleie så vel som i helsevesenet generelt. Sykepleieoppgaver rettet inn mot effektive behandlingsprosedyrer forventes utført raskt og riktig. Er det “sant” at sykepleierrollen særlig er en omsorgsrolle, men er det også sant at rollen særlig er innrettet mot medisinsk- tekniske og andre praktiske oppgaver? Virker slike “sannheter” med karakter av å være antinomier inn på sykepleiernes meninger om hva godt samspill er og betyr for kreftpasientene, og på sykepleiernes narrativt konstruerte fortolkninger av samspill?

Roller betyr noe; den har mening for hver enkelt sykepleier. Når vi kan leve sammen som mennesker, er det ved hjelp av felles meninger og felles fortolkningsprosedyrer og forhandlinger, og det er prosessene hvor mening skapes og anvendes som binder mennesket til kulturen, hevder Bruner (1990).

All erkjennelse eller læring, skjer gjennom praksis, hevder Gulbrandsen (1996). Kunnskap og kompetanse erverves gjennom utvikling og modning, og gjennom interaksjon med omgivelsene. Slik sosialiseres vordende yrkesutøvere inn i grupper, kulturer og samfunn (op.cit.: 187). Sykepleiere sosialiseres også etter endt utdanning inn i kulturen på arbeidstedet, hvor deres praksis etter hvert får vanemessig karakter. Vanemessig atferd som er i samsvar med kulturelle normer er “a prerequisite for coping with life” (Brezinka 1988: 80).

Deltakelse og læring i kulturen.

Læring eller kompetanseutvikling skjer gjennom bevegelse mellom skapende og vurderende eller reflekterende praksis, hevder Gulbrandsen (op.cit.). Gjennom deltakelse i kulturen gir mennesker uttrykk for meninger og deler dem med andre. Menneskers sinn eller psyke er *konstituert* i kulturen, rotfestet i et språk og en felles begrepsstruktur som er forankret i intensjoner, antagelser og tro. Og fordi menneskets psyke reflekterer kulturen, inntar den kulturens måte å verdsette så vel som kulturens måte å vite (op.cit.). Menneskesinnet har på denne måten en nødvendig støtte i kulturens normativt orienterte institusjoner. Men menneskesinnet kan i sin tur virke justerende på kulturens normer og regler. Bruk av språk som kulturelle verktøy tjener begge deler, det vil si at det tjener både individets *og* samfunns *fungering* (Bruner 1997). Bruner overskrider slik individ - fellesskap - dimensjonen. Bruner (op.cit.) viser til distribuert intelligens, og Gulbrandsen (1996) bruker termen intersubjektiv kunnskap om “det” vi trenger i våre sosiale fellesskap, i grupper og i større kulturer eller samfunn. Det som vi trenger finnes som språk og formidlet kunnskap, ikke bare i menneskene, men også mellom dem.

Sykepleiere inngår i kunnskapskoordinerte fellesskap (Heggen 1995).

Menneskene trenger fellesskapets kunnskap for å utføre det som forventes i deres roller, og for å gjøre det på en måte som er funksjonell sammen med kolleger og medarbeidere i andre yrkesroller. Hver enkelt forventes å holde en

høy standard på jobben de utfører, og å forstå hvordan deres del inngår i helheten (Stensaasen og Sletta 1996: 76).

Kulturens kunnskap er nødvendig for den enkelte og for fellesskapet:

“Without men, no culture, certainly; but equally, and more significantly, without culture, no men”

(Geertz 1973: 49).

Felles begreper og forståelse av praksis i den aktuelle kulturen, skapes gjennom narrativ og på samme tid logisk forståelse og meningskonstruksjon, hvor samspill med kreftpasienter er ett element med sin plass i begrepet sykepleiepraksis.

2. 6 Pasientperspektiv og sykepleier-/fagkulturperspektiv

Kapittel 2.6 “samler trådene” rundt problemstilling og forskningsspørsmål for studien, hvor målet er å fortolke og forstå kreftpasienter og sykepleiere sine opplevelser og meninger om kommunikasjonsforholdet mellom partene.

Studiens problemstilling utgjør to spørsmål. For det ene fokuserer studien opplevelser og meninger om helsefremmende kommunikasjon. Forsknings-spørsmål for dette fokus er:

Hva forstår kreftpasienter og sykepleiere i sykehus med helsefremmende samspill mellom de to partene?

Undersøkelsen fokuserer for det andre på sykepleiernes kulturelt forankra meninger, slik de kommer til uttrykk i sykepleiernes syn på kompetanse og profesjonell kommunikasjon med kreftpasienter. For denne delen av problemstillingen stiller jeg følgende spørsmål:

Hva kjennetegner sykepleiekulturens verdsetting av profesjonell kommunikasjon og syn på tilegnelse av kommunikasjonskompetanse?

Problemstillingens to hovedspørsmål danner basis for delspørsmål om helsefremmende kommunikasjon og meninger forankra i sykepleiekulturen. Delspørsmål om helsefremmende kommunikasjon utledes i punkt 2.6.1. Spørsmål om faggruppens kulturelt forankra meninger er tema i punkt 2.6.2.

2.6.1 Hva menes med helsefremmende samspill?

Jeg bruker termene samspill og kommunikasjon synonymt i betydningen sosial interaksjon i situasjoner hvor mennesker møtes og utveksler verbale budskap og kroppslig informasjon. Termen “helsefremmende samspill” viser til kvaliteter eller egenskaper ved sykepleie, hvor kommunikasjon med pasienter er til hjelp i arbeidet med å lindre lidelse og forbedre eller

oppretholde pasientenes kroppslige helsetilstand og subjektive opplevelse av livskvalitet.

Krav og forventninger til kvalitet.

Flere aktører i vårt samfunn har oppfatninger om sykepleiens funksjon og hva som kjennetegner sykepleiekvalitet. For det ene er krav til helsetjenester regulert gjennom lover og forskrifter. For det andre har aktører i helseinstitusjoner, i media, i interesseorganisasjoner og i befolkningen generelt, oppfatninger om og forventninger til norsk helsetjeneste. Pasienter og sykepleiere er aktører som henholdsvis mottar og yter sykepleie. De har sine forventninger og meninger om sykepleie som samtaler mellom pasient og hjelper. I undersøkelsen fokuseres det på aktørens meninger om kommunikasjonsforholdet. Meninger om samtaler med karakter av pasientveiledning eller samtaler i tilknytning til praktiske pleietiltak blir undersøkt. Pasientveiledning som undersøkelsen fokuserer på, er fakta- eller informasjonsformidling og samtaler med karakter av klinisk veiledning. Meninger om fagpersonenes måter å kommunisere interesse og omsorg på, blir også undersøkt.

I de siste par tiår er pasienterfaringer viet økende oppmerksomhet, og tilbakemeldinger fra pasienter betraktes som nyttige i kvalitetsarbeid (Helsedirektoratet 1993). Forventninger og opplevelser pasienter gir uttrykk for, gir informasjon om pasientperspektiver på kvaliteter ved sykepleie. Selv om personer, situasjoner og hendelser er forskjellige, kan pasienter gi informasjon om hva som karakteriserer gode samtaler, det vil si samtaler pasientene oppfatter som helsefremmende hjelp.

Sykepleiere skal utøve yrket som forventet, og anvende faglig kompetanse i møte med hver enkelt pasient. Det kreves gjennomført sykepleierutdanning før en får praktisere i sykepleieryrket. I løpet av utdanningstida skal sykepleierstudentene tilegne seg kompetanse for å møte det som forventes av dem (jfr.

kap. 2.4). Gjennom utdanningen, og siden gjennom erfaring, meningsutveksling og samarbeid med kollegaer i praksisfellesskapet, danner sykepleiere seg faglig funderte oppfatninger om hva som kjennetegner god sykepleie.

Hva er helsefremmende kommunikasjon?

Uttrykket “helsefremmende kommunikasjon” peker på sammenhenger mellom helse og kommunikasjon. Sammenhenger mellom pasienterfaringer og helse er erkjent (Sjetne o.fl. 1999). Erkjennelse av at sosiale og psykologiske faktorer har betydning ved en rekke fysiske/ kroppslige lidelser er økende (House 1981). Det er likevel ikke klart hvordan pasienterfaringer og helse henger sammen. Det er blant annet behov for å vite mer om samspill pasientene selv vurderer som viktig for deres helsetilstander og opplevelser av livskvalitet. Jeg vil undersøke om kreftpasienter mener noe ved sykepleiernes kommunikasjonsform eller noe ved innholdet i det sykepleierene kommuniserer er spesielt viktig for deres opplevelse av helse og livskvalitet når de er sykehuspasienter:

- *Hvilke tema mener kreftpasienter det er viktig å ta opp med sykepleiere?*

Helse og livskvalitet.

For å fortolke og forstå pasienter og sykepleiere sine oppfatninger om helsefremmende kommunikasjon, trenger jeg informasjon om deres forståelse av hva helse er for kreftpasienter i sykehus. Helseforestillinger fyller ulike funksjoner, alt etter hvilke situasjoner mennesker befinner seg i (Tegern 1995). I situasjoner hvor personer er pasienter i sykehus på grunn av kreft/sannsynlig kreft, er det rimelig å anta at pasienter og sykepleiere fokuserer på helse som kroppslig sykdom/fravær av sykdom når de beskriver hva de forstår med helse. Men deres forståelse av helse kan også være fokusert på subjektiv opplevelse av kroppslig/mental styrke, balanse eller velbefinnende (Tegern, op.cit.). Helseforestillinger kan altså være spesifikt knyttet til pasientopplevelser av livskvalitet under sykehusoppholdene. Til

forskjell fra livskvalitet generelt i livet, dreier helserelatert livskvalitet seg om subjektiv opplevelse når situasjoner med sykdom, plager og behandlingsforhold er relevante (Padilla o.fl. 1992, Rustøen 1998). Forståelsen av helserelatert livskvalitet preges altså av opplevelser hos personer som trenger behandling, det vil si personer i pasientroller. For å undersøke hvordan kreftpasienter mener samtaler med sykepleiere i sykehus bidrar til helse og livskvalitet, stiller jeg følgende delspørsmål:

- *Hva forstår kreftpasienter med helse og livskvalitet når de er i sykehus?*

For å fortolke og forstå sykepleiernes oppfatninger om helsefremmende kommunikasjon, trenger jeg informasjon om sykepleiernes forståelse av helse og livskvalitet:

- *Hva forstår sykepleiere med helse og livskvalitet hos kreftpasienter i sykehus?*

Støtte med mål å fremme helse og livskvalitet.

I situasjoner hvor kreft truer liv og helse, kan pasienter ha ulike opplevelser som angår helserelatert livskvalitet, det vil si ulike opplevelser i forhold til kroppslig og psykisk/sosial velvære og fungering. I situasjoner hvor pasientenes livskvalitet er blitt/kan bli redusert, er det avgjørende at sykepleierne kan kommunisere slik at det oppleves som helsefremmende støtte. Alt etter situasjon, kan pasientene ha behov for støtte rettet mot en/noen delkomponenter av helserelatert livskvalitet. Slike delkomponenter er beskrevet som psykologiske, fysiske og sosiale komponenter (Padilla o.fl. 1992). Sykepleiernes støtte kan være mer/mindre spesifikt rettet mot faktorer innen den enkelte komponent. Mellommenneskelig støtte er spesifisert som fire hovedtyper/delområder for støtte; informativ støtte, emosjonell støtte, praktisk/instrumentell støtte og sosial/ kulturell støtte (House 1981). Jeg vil berøre alle disse i min undersøkelse.

For det første vil jeg fokusere på pasientenes opplevelser av støtte som kan fremme helse/livskvalitet:

- *I hvilken grad forekommer det støttende kommunikasjon som bidrar til opplevelse av akseptabel helse/livskvalitet hos kreftpasienter i sykehus?*

For det andre vil jeg undersøke hvordan sykepleiere oppfatter kommunikasjon som helsefremmende støtte. Faglige mål kan i denne sammenhengen være at pasientene får/opprettholder akseptabel livskvalitet:

- *Hva forstår sykepleiere med faglig målrettet støttende kommunikasjon?*

Sett i partenes perspektiver, kan samtaler mellom sykepleiere og kreftpasienter dreie seg om mer/mindre relevante tema, og samtalen kan ha karakter av flere typer støtte. Derfor stiller jeg spørsmål om pasientenes meninger om samtaler som har karakter av ulike typer støtte.

- *I hvilken grad forventes og oppleves*

1. kommunikasjon hvor pasient og sykepleier utveksler informasjon om kreften?
2. kommunikasjon hvor pasienter mottar informasjon, veiledning eller undervisning?
3. sosial/kulturell og emosjonell støtte fra sykepleiere?
4. samtaler om kroppslige plager og praktisk hjelp og støtte?

I de fire spørsmålene legges det vekt på ulike delområder for støtte. Spørsmål 1 og 2 fokuserer på informativ støtte/informasjonsstøtte. Informasjonsstøtte består i å overbringe informasjon som mottakeren kan bruke for å håndtere sine problemer (House 1981). For pasientene kan det dreie seg om informasjon om sykdommen og det som skjer i sykehuset. For å løse pasientenes problemer, vil det ofte være behov for utveksling av informasjon begge veger, det vil si fra både pasient og sykepleier. For å bistå pasienten med det han/hun trenger til sin problemløsning, må sykepleieren lytte og sette

seg inn i pasientenes problemopplevelse, og gi informasjonsstøtte på dette grunnlag.

Spørsmål 3 vektlegger sosial/kulturell og emosjonell støtte. Sosial/kulturell støtte betyr at pasientene (og pårørende) blir vist omsorg, interesse, respekt og forståelse ut fra deres kulturelle forankring. Emosjonell støtte dreier seg om hjelp til å mestre og bearbeide vanskelige følelser, slik som sorg/tap, frykt eller angst, og å gi håp og opplevelse av trivsel, trygghet og glede. Spørsmål 4 dreier seg om praktisk/instrumentell støtte. Instrumentell støtte blir gitt når en tar seg av en annen eller hjelper denne til å gjennomføre noe (House 1981). Sykepleiere kan yte slik støtte i samtaler om praktisk hjelp og om måter å lindre plager på. Instrumentell støtte kan tjene til å få pasienter til selv å være aktive og ivareta daglige gjøremål.

Kommunikasjon som formidling av omsorg.

Når pasienter og sykepleiere samtaler om tema med aktualitet for pasientene, kan sykepleiere kommunisere interesse, innlevelse og omsorg, eller vise tegn til travelhet og mangel på ekte interesse for pasientene som personer. I Norsk kreftplan (Sosial- og helsedepartementet 1997b) heter det at kommunikasjon er et viktig element i formidling av god omsorg. I det dokumentet beskrives omsorg som en verdiforankra væremåte. Væremåten kan betraktes som uttrykk for støtte. I et støtteperspektiv beskriver House (1981) omsorg som en dimensjon ved emosjonell støtte. Med denne type støttende væremåte viser man evne til innlevelse (empati), omsorg, kjærlighet og tillit til andre mennesker. Hva innebærer det så at sykepleiere viser en væremåte som signaliserer omsorg, interesse og følelsesmessig engasjement, til forskjell fra støttende atferd i andre sammenhenger?

I sykepleielitteratur er profesjonell omsorg beskrevet som kulturelt forankra måter å vise omsorg for andre på (Leininger 1991). Med det menes at sykepleiere gjennom sin væremåte uttrykker interesse og engasjement på

måter som er kongruent med pasientens kulturelt forankra oppfatninger om omsorg. Møter mellom sykepleiere og pasienter er møter mellom personer med tilhørighet i forskjellige kulturelle grupper. Sykepleie handler om å møte mennesker på slik måte at deres kulturelle forankring blir respektert. Familier er eksempler på grupper hvor pasienter har subkulturell tilhørighet. I den enkelte gruppe kan en anta at omsorg uttrykkes på måter som er typiske for gruppens medlemmer. Eksempelvis kan berøring som omsorgsuttrykk være vanlig eller uvanlig i den enkelte gruppe og videre være betraktet som akseptabelt eller uakseptabelt uttrykk for omsorg fra personer utenfor gruppen. Pasienter med tilhørighet i noen kulturelle grupper kan oppfatte berøring som uttrykk for omsorg, mens pasienter som tilhører andre grupper kan oppfatte berøring som upassende i pasient - sykepleier relasjoner. I dette perspektivet bør pasientenes verdier og virkelighetsoppfatninger danne grunnlag for sykepleierens måter å gi uttrykk for omsorg på. Gir sykepleiere i den arena hvor jeg foretar undersøkelsen, uttrykk for omsorg på en måte som pasientene forventer og verdsetter? Jeg vil undersøke hvordan kreftpasienter i dette lokalsamfunnet opplever den omsorgen sykepleiere viser dem når de er sykehuspasienter:

- *Opplever pasientene god omsorg, vist som positiv interesse, følelsesmessig støtte og respekt?*

Idealer for omsorg er historisk og kulturelt forankra i sykepleieryrket.

Sykepleiernes oppfatninger om profesjonell omsorgspraksis har sin forankring i pleiekulturen. Sykepleiekulturens verdier og syn på profesjonelle måter å kommunisere omsorg på, er tema i neste punkt.

Samtaletema.

I tiden når pasienter er i sykehus, kan de samtale mye eller lite med sykepleiere om forskjellige tema. Opplevelser av god kommunikasjon er ikke ensbetydende med en bestemt mengde kommunikasjon om hvert tema. Noen tema kan bli tatt opp i få og korte samtaler, men nok til at pasienter kan

oppleve trygghet som følge av samtalene. At prøver viser normale funn, kan være et aktuelt eksempel. I andre sammenhenger kan korte samtaler føre til at pasienter kjenner seg usikre og utrygge. Å få en kortfattet og ubegrunnet beskjed om å begynne med ny medisin, kan være et eksempel på dette. Til sammenligning kan det bli informert mye og ofte om ett og samme forhold, og eventuelt av flere av helsepersonellet, men informasjonen kan likevel virke som “støy”: Informasjonen fokuserer kanskje ikke på tema pasienten er opptatt av og trenger å samtale med personalet om. I noen sammenhenger kan det være behov for å utdype og samtale mye, flere ganger og eventuelt med flere helsearbeidere om ett og samme tema. Volumet av samtaler om forskjellige tema kan og bør variere ut fra hva hver enkelt pasient trenger i den enkelte situasjon.

En kan anta at mengde kommunikasjon er av betydning for at pasientene skal håndtere sine problemer på best mulig måte. Kreftpasientene har trolig behov for å få samtale mer med sykepleiere om visse tema enn om andre. Nok av samtaler til rett tid om relevante tema, kan være vesentlige kvaliteter ved god sykepleie, slik kreftpasienter opplever det i sykehus. Jeg tar opp disse spørsmålene:

- *Hva mener pasienter det er særlig viktig å samtale med sykepleiere om?*
- *Hvilke tema mener de to partene at det bør samtales mye/lite om?*

Meninger pasienter og sykepleiere har om ideelle og reelle mengder kommunikasjon om noen sentrale tema og typer støtte, kan gi indikasjoner på hva som prioriteres og hva som ønskes prioritert i samtaler mellom de to partene. På bakgrunn av pasientenes situasjon med kreft og teori om livskvalitet og mellommenneskelig støtte, vil følgende opplevelser og ønsker om samtaler med karakter av støtte til pasientene bli undersøkt:

1. Samtaler med karakter av informasjonsstøtte:

Samtaler direkte eller indirekte om sykdommen.

Samtaler om det pasienten bør ha kjennskap til, blant annet om behandling som skjer i sykehuset.

2. Samtaler som har karakter av praktisk/instrumentell støtte:

Samtaler om det pasienten kan/bør gjøre for å opprettholde eller høyne sin helse eller opplevelse av livskvalitet i sykehuset.

Samtaler om praktiske ting i sykehusomgivelsene.

3. Tema som har emosjonelt støttende hensikter, enten som bearbeiding av følelser eller for å dempe følelser som følger situasjonen med kreft/mulig kreft:

Samtaler om pasientens følelser i situasjonen med kreft.

Samtaler om hverdagslige ting, humor og tema som har karakter av adspredelse fra sykdom og behandling som skjer i sykehuset.

4. Samtaler om det pasienten som sosial aktør verdsetter i relasjoner med signifikante andre, og hvor sykepleiere viser innlevelse og respekt for pasienten som person med sin kulturelle forankring:

Samtaler om det som betyr mye for pasienten som sosial aktør.

Samtaler om sykdommens innvirkning på sosial situasjon, hjemmesituasjon og nære relasjoner.

Delspørsmål om helsefremmende kommunikasjon omfatter både pasienter og sykepleiere sine meninger om helse og samspill. Som fagpersoner skal sykepleiere kommunisere på profesjonell måte. Meninger om kvaliteter ved samspill er forankra i faggruppens kultur. Delspørsmål om faggruppens kulturelt forankra syn er tema for neste punkt.

2.6.2 Fagkultur, verdier og syn på kommunikasjon

Problemstillingen dreier seg om meninger forankra i sykepleiekulturen, slik de kommer til uttrykk hos sykepleiere i somatiske sykehusavdelinger.

Spørsmålene fokuserer på følgende momenter:

Hva kjennetegner sykepleiernes uttrykk for verdsetting og meninger om

- hva som er karakteristisk for profesjonell kommunikasjon med kreftpasienter i sykehus?
- den kommunikasjon som skjer mellom sykepleiere og kreftpasienter i sykehus?
- sykepleiernes tilegnelse av kommunikasjonskompetanse?
- samarbeid, felles problemløsning og læring hos medlemmer i faggruppen?

Fagkulturens historiske røtter, bevegelse og verdsetting av omsorg i kommunikasjon med pasienter.

Kommunikasjonens rolle og betydning som faglig hjelpemiddel eller “verktøy” betraktes i et kulturpsykologisk perspektiv. Kultur *er* i bevisstheten til medlemmene i kulturen, hevder Bruner (1998). Han skiller mellom kognitive disposisjoner som kommer til uttrykk i handling for å tilpasse seg en naturgitt verden, og psykologiske disposisjoner som kommer til uttrykk gjennom handlingsrutiner, billeddannelse, språk og symboler (op.cit.). Det er de sist nevnte psykologiske disposisjonene som danner grunnlaget for å forstå kultur. Våre handlinger speiler kulturens meninger og verdier, hevder Bruner. Vi danner oss oppfatninger og forestiller oss verden gjennom kulturens “briller” i vår bevissthet. Kultur kan ut fra dette syn forstås som verdier, tenke og handlemåter grupper av mennesker har til felles. For å forstå kulturell mening om et fenomen, hevder Bruner (1997, 1998) at det er hensiktsmessig å se etter hvilken posisjon fenomenet har i kulturen.

Kommunikasjonsforholdets posisjon, stilling eller anseelse henspeiler på den verdi samtaler har i forhold til hvordan andre elementer ved sykepleien blir verdsatt i klinisk praksis i sin helhet. Den mellommenneskelige omsorgen har historisk sett hatt varierende verdi for sykepleiere. I polemiske strider har innholdet i debatten om sykepleiens plass og funksjon i hovedsak dreid seg om to forhold; for det ene tradisjonell omsorg basert på humanistiske verdier, og for det andre om sykepleiens funksjon i biomedisinsk teknologisk

sammenheng. Latour (1987) analyserer polemiske strider ut fra en tenkning om overtalelsesstrategier, hvor strategien gir retning og viser hvilke fremtidsbilder aktørene utvikler. I tråd med Latour sin tenkning, vil jeg her rette fokus mot aktørene og måter sykepleiere kjemper på for å vise sin uunnværlighet og få rett i at målene med deres praksis (og forskning) faller sammen med samfunnets mål for helsetjeneste.

Et historisk tilbakeblikk viser at sykepleien tradisjonelt har utspring i humanistiske omsorgsverdier (Wyller 1974, Leininger 1991, Kirkevold 1992). Syn på mennesker som unike og verdige, formidles blant annet gjennom omsorgsteori, hvor Leininger (1991) og Benner og Wrubel (1989) er tre av flere “ambassadører”. Ut fra et omsorgsfokus argumenteres det for en bred helseforståelse, hvor omsorg betraktes som essensiell for helse som helbred, vekst og overlevelse, samt når mennesker står overfor handicap eller død (Leininger 1991). Biomedisinsk helseforståelse omfatter deler av det feltet sykepleiere definerer inn i sin helseforståelse. Helse som velbefinnende eller opplevelse av velvære synes å ha en særstilling i humanistisk sykepleiepraksis.

Inkludering av biomedisinens mål i sykepleiefaglig tenkning peker på to mulige helsekulturelle retninger; - en med vekt på tradisjonell sykepleiefaglig omsorg og en med vekt på medisinsk- teknologiske verdier. Leininger (op.cit.) karakteriserer 1960- og 1970-årene som intense høyteknologiår. Behandling med høyteknologi var dominerende i publikums bilde av helsetjenesten, og sykepleierne ble revet med av dette. Uten motforestillinger ble verdien i å kurere satt foran medmenneskelige omsorgsverdier i sykepleie. Et karakteristisk trekk i dette bildet, var at mange sykepleiere på 1970-tallet la seg til bestemte prosedyremessige måter å opptre overfor pasienter på (Jourard 1971). Sykepleierne forsøkte å slette ut eller fornekte den enkelte pasients egenart, hevder Jourard, som betegnet deres væremåte som sykesengs-manerer (op.cit.). I perioden fra 1950 til 1980 hadde positivisme stor innflytelse i sykepleie (Kirkevold 1992). Det kan ha gitt seg utslag i fokusering på

prosedyremessig adferd ut fra en mål-middel tenkning med sykdomstillfellet i fokus, og ikke primært på personen.

Senere fikk kritisk teori innflytelse i sykepleien, og fra midten av 1980-tallet har fenomenologisk teori hatt økende innflytelse (op.cit.). I dagens sykepleie forventes både evne til å yte tradisjonell omsorg og kompetanse for å bistå med medisinsk/teknologisk helsemessig hjelp. Dessuten er det i dagens helsetjeneste skjerpet fokus på kostnadseffektivitet og utnyttelse av helsetjenestenes økonomiske rammer. En ser tendenser til argumentasjon for et fornyet blikk på helsetjenesten. Nye strategier innbefatter forsøk på omdanning av faggrupper og utvikling av pasientfokusert kunnskap og praksis. Leger argumenterer for å rette fokus ut over den biomedisinske kunnskap og inkludere pasientperspektivet. Gjennom organisatoriske grep er politiske aktører førende for en strategi som utspilles på to plan; gjennom utdanningsreformer for helsearbeidere og gjennom lovgivning og organisering av helsetjenesten. Politiske argumentasjonsstrategier innebærer en dreining i retning av pasientfokusert omsorg, hvor humanistiske verdier vektlegges. Samfunnets mål er sammenfallende med sykepleiens mål, og det tegner seg et fremtidsbilde hvor både omsorg og teknologi anses uunnværlig i sykepleie.

En må se den posisjon som kommunikasjon som medmenneskelig, helsefremmende støtte har i sykepleierkulturen, i lys av det som beveger seg på det samfunnsmessige plan, og som fører til at motsetninger framtrer. To motsatte synspunkter kan begge være "sanne". Bruner (1996, 1997, 1998) betegner slike sannheter som antinomier. Det er sant at tradisjonell humanistisk forankra omsorg har verdi. Det er også sant at biomedisinsk teknologi har verdi. Hvordan forene slike synspunkter i dagens helsetjeneste? Hvis de kan forenes, blir kanskje resultatet at de blir komplementære i stedet for motsetninger. Sykepleiere møter forventninger fra flere aktører i vårt samfunn, og oppfatninger kan til dels være sammenfallende og til dels være

forskjellige og eventuelt motstridende. Hvordan forholder sykepleiere seg til flere forventninger, dersom disse ikke er forenlige?

Jeg vil undersøke hvordan meninger om kommunikasjon som skjer, speiler kommunikasjonens posisjon i den sykepleiefaglige kulturen:

- *Hvilken funksjon har utøvelse av profesjonell kommunikasjon i den kulturelle konteksten?*
- *I hvilken grad verdsetter sykepleiere kommunikasjon som formidler omsorg?*
- *Hva kjennetegner faglig god kommunikasjon, sett i fagkulturens perspektiv?*
- *Hvilke verdier og kulturelle tenke- og handlemåter gjenspeiles i praksis?*

Spørsmålene dreier seg om kulturelt forankra syn på formål og verdi ved kommunikasjon som formidler omsorg, og kulturelle meninger om slike og/eller andre kvaliteter ved samspill. Ideer om faglig god kommunikasjon er ikke nødvendigvis realisert i kulturens handlemønster. Derfor dreier undersøkelsen seg om både ideer og beskrivelser av reell praksis som utøves i denne kulturelle konteksten.

Kommunikasjonskompetanse, læring og samarbeid i sykepleiefellesskapet.

Kompetanse innebærer å kunne møte det som forventes fullt og helt (Brezinka 1988). Mennesker tilegner seg kompetanse gjennom vedvarende øving og læring (op.cit.). Læring vedrører en persons modifikasjon av egne forutsetninger. Derfor er det avgjørende å se personen som subjekt for sin egen læring, og forstå hvordan personen gjennomfører læringen ut fra sitt ståsted og perspektiv (Dreier 1999). For å forstå sykepleiernes måter å tilegne seg kommunikasjonskompetanse på, er det viktig å få deres syn på hvordan de selv går frem for å tilegne seg profesjonell kompetanse:

- *Hva karakteriserer sykepleiernes bestrebelser på tilegnelse av kommunikasjonskompetanse?*

På den annen side er sykepleierstudentenes læring et skolepolitisk anliggende, og sykepleierens vedvarende øving og læring et helsepolitisk anliggende.

Læreformer i regi av skole eller helseinstitusjon er institusjonelle læreformer, til forskjell fra personers tilfeldige læring eller personlig målrettet, intendert læring. Dersom skole eller helseinstitusjon gjennomfører kommunikasjonsundervisning for sykepleierstudenter og sykepleiere, viser institusjonene at de “investerer” i dyktighet hos personalet, og underforstått verdsettes profesjonell kommunikasjon. Måter å tilegne seg kommunikasjonskompetanse på, må ses i relasjon til hva som tilbys av opplæring og tilrettelegging for læring.

- *Hvordan mener sykepleiere at det tilrettelegges for undervisning og øving i profesjonell kommunikasjon i høyskole og/eller i helseinstitusjon?*

Helsepolitisk og utdanningspolitisk kommer forventninger om kompetanse til uttrykk i lover og regelverk, rammeplaner og retningslinjer for utdanning av helsepersonell. Rammeplaner gir ikke detaljerte kriterier for hva som forventes, men de gir en ramme for fortolkning som kan legges til grunn i utdanningsplaner. Sykepleierutdanningen skal omfatte bolker med teoristudier og bolker med praksisopplæring (Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag 1989, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000).

Gjennom praksisopplæringen møter studentene den profesjonelle kulturen på de enkelte praksisstedene. Her inkluderes studentene i pleiefellesskapet, men i en perifer posisjon. De står i samme situasjon som sykepleierne, men ikke i en felles situasjon som dem, hevder Heggen (1995). Hvilken betydning har teoriundervisning og praksisopplæring for studentenes tilegnelse av kommunikasjonskompetanse? Jeg vil undersøke hvilke syn sykepleiere har på undervisningens betydning for deres egen kompetanse.

- *Hva har skolens teoriundervisning og praksisopplæring betydd for sykepleiernes tilegnelse av kommunikasjonskompetanse?*

Som ferdig utdannet og utøvere av yrket, står sykepleierne i en felles situasjon i pleiegruppa, hvor nye sykepleiere inkluderes i et samhold som er orientert mot kunnskap (Heggen 1995). Sykepleiere trer inn i et arbeidsfellesskap med samholdsmekanismer som er kunnskapspreget, og de blir “medlemmer” i fagkulturen på arbeidsstedet. Det synes å være umulig å oppfatte læring som en sosial, relasjonell prosess uten at en ser på deltakerrelasjoner som måter å bli deltaker på, måter å delta på og måter deltaker og praksis endrer seg på, hevder Lave (1999). En kan forvente at sykepleiere, som eiere av fagkulturens verdier og kunnskap, utvikler felles oppfatninger om faglig kompetanse og praksis. Jeg forstår praksisfellesskapet eller pleiefellesskapet som uttrykk for et kulturelt fellesskap. Fellesskapet dreier seg om felles ansvar for å gjennomføre oppgaver og nå faglige mål. Pleie til kreftpasienter er et anliggende for fellesskapet i den enkelte avdeling. En kan anta at fellesskapet oppleves som støtte for sykepleiere som er i læreprosesser, og oppleves som støtte for sykepleiere som opplever møter med enkelte pasienter som vonde og vanskelige å takle. Jeg vil fokusere det faglige fellesskapets betydning:

- *Hva betyr det faglige fellesskapet for læring, kunnskaps- og verdisyn, og for opplevelse av profesjonell dyktighet i kommunikasjon med kreftpasienter?*

3.0 METODE

I dette kapitlet beskrives og begrunnes valg av metode samt forskningsetiske overveielser og tiltak. Innledningsvis drøftes tilnærming i lys av studiens fokus og formål. Deretter beskrives tre metoder for datainnsamling som er brukt i studien; fokusgruppe-intervju, individuelle intervju og bruk av spørreskjema med henblikk på å få kvantitative data. Triangulering begrunnes før valg av informanter og forskerrollen i forskningsfeltet beskrives. I de etterfølgende punkt er analyseprosess og studiens troverdighet tema. Forskningsetiske sider ved studien er beskrevet under flere punkter i metodekapitlet.

3.1 Valg av fremgangsmåte

Siktemålet er å beskrive og tolke de forventninger aktørene har til sykepleiernes måte å samspille med pasientene på, begge partenes opplevelser av samspillet og sykepleiernes grunnantagelser og kulturelt forankra meninger om profesjonell kommunikasjon. Studien retter søkelyset mot forventninger, erfaringer og meninger. Studien fokuserer på sosial virkelighet, som en symbolsk konstruksjon skapt av mennesker, til forskjell fra naturen som objektivt gitt (Fjelland og Gjengedal 1995). Målet er å bringe frem mer kunnskap som kan anvendes pedagogisk i undervisningsopplegg for sykepleiere.

Analysens siktemål er styrende for valg av data og analysemetode.

Dersom en ønsker å få en helhetlig, dypere forståelse av spesifikke forhold i menneskers liv, og utvikle hypoteser, så er kvalitative data hensiktsmessige. Sentrale elementer i analysen av kvalitative data er gjerne begreper, kategorier og typologier (Grønmo 1987). Kvalitative data er informantens egne formuleringer (eller aktiviteter i en kontekst i felten). For å få informasjon om pasienter og sykepleiere sine syn på profesjonelt samspill, valgte jeg å bruke

kvalitative data med informantenes egne formuleringer. Dessuten ble noen kvantitative data fra spørreskjemaundersøkelsen brukt for å supplere og underbygge den kvalitative dataanalysen.

Undersøkelsen er beskrivende og fortolkende. En hermeneutisk vitenskapstradisjon med røtter i fenomenologi er nært knyttet til kvalitative intervju og orienteringer mot mer forståelse av den symbolske verden til menneskene som studeres (Patton 1990). Studien er hermeneutisk i den forstand at intensjonen var å være åpen for informantenes perspektiver, mens jeg i analyseprosessen tilstrebet dialog med materialet, og betraktet data i relasjon til situasjon, deler og helheter i materialet, samt i relasjon til teori. Den hermeneutiske sirkel beveger analysen mellom data, teori og den tekst jeg produserer. Under den hermeneutiske prosessens gang formuleres hele tiden deltolkninger som betraktes i lys av visse bakgrunnsforestillinger samt overgripende tolkningsmønster, andre deltolkninger og spørsmål som stilles til materialet (Alvesson og Sköldbberg 1994). Med en hermeneutisk tilnærming til materialet ble antagelser som vokste frem under analysen betraktet i lys av teori og deler og helheter i materialet.

Undersøkelsen er gjennomført i felten, og jeg har valgt å fokusere på noen fenomener i en fagkultur. Tilnærmingen har følgelig trekk som er karakteristiske for etnografisk forskning. Forskere interessert i kultur har funnet etnografisk forskning hensiktsmessig (Streubert og Carpenter 1995: 89), og etnografiske studier av sykepleiekultur har vist seg å gi økt innsikt i sykepleiekulturen i helseinstitusjoner (Leininger 1991, Germain 1979, De Santis 1994). Med et fenomenologisk perspektiv, forsøker etnografer å beskrive kulturen til en gitt gruppe slik individene selv ser den (Stern 1994). Siktemål med datasamling og analyse er å beskrive kulturen i termer til de som studeres (Streuberg og Carpenter 1995).

Min undersøkelse er en feltstudie i den forstand at data som samles i felten beskriver trekk ved kulturen gjennom informantenes egne uttryksmåter. Ved å beskrive kulturelle fenomener og fortolke materialet som uttrykk for sosial mening, var siktemålet å generere teori grunnet i den virkeligheten som ble studert. Derfor anså jeg metodisk tilnærming og grep fra Grounded theory som hensiktsmessig for en fortolkning av aktørenes syn på samspill.

Grounded theory er en fortolkende metode med røtter i sosial interaksjonisme-tradisjonen (Patton 1990, Starrin 1996). Med Grounded theory forsøker en å bringe frem forklaringer som synes å være troverdige, logiske og utfyllende i forhold til eksisterende kunnskap (Stern 1994). Analysegangen med Grounded theory innebærer å gå fra data til teori, og den produserte teorien skal være grunnet i data (Strauss 1987). Fortløpende samling av data styres og vektlegges av teoretiske ledetråder og ideer forskeren får når data granskes (Starrin 1996). Ved å velge denne tilnærmingen går jeg et steg videre enn til å gi en beskrivelse i termer til de som studeres, til tolkning av kulturelle fenomener og utvikling av teori. Tilnærming og analyseprosess kommer jeg nærmere inn på i kapittel 3.6.

Jeg anser målinger som relevante for å sammenligne fenomener eller variabler, og beveger meg i studien mellom det som blir beskrevet med informantenes egne formuleringer og deres svar på lukkede spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer. Tankerekker og kreativitet hos informanten/respondenten blir mere styrt med kvantitative spørreteknikker enn med åpne kvalitative teknikker. Fordelen med den kvantitative spørreteknikken er muligheten den gir for å måle utsagn og gjøre statistiske beregninger (Undheim 1996). Hensikten med å bruke målinger var at de skulle bidra til å forklare fenomener og støtte opp om hypoteser og konklusjoner trukket fra den kvalitative undersøkelsen. Dessuten kan inkonsistens og motsigelser tre frem når resultater fra flere typer data sammenstilles. Nye detaljerte analyser av funn kan tvinge frem tankerekker som er oversett (Miles og Huberman 1994: 267).

Studiens fokus og formål ledet til mikro-substansiell forskning. Dette er forskning på en bestemt situasjon som opptrer i en bestemt type organisasjon (Hammersley og Atkinson 1992). Teori fra studier av fenomener som opptrer i bestemte sammenhenger og i en avgrenset kontekst kaller Kim (1989) “*middle-range theories*” eller teorier på mellomnivå. Målet med studien var å beskrive kommunikasjonsforholdet og utvikle teori grunnet i en avgrenset del av virkeligheten. Det vil si substansiell teori for et avgrenset empirisk område, i motsetning til formell teori for et begrepsmessig område (Starrin 1996).

3.2 Metoder for datasamling

Tre metoder for datainnsamling er brukt; henholdsvis fokus-gruppe intervju, individuelle intervju og kvantitative spørreskjema. I det følgende beskrives de tre metodene.

3.2.1 Fokus-gruppe intervjuer med sykepleiere

Datamateriale fra kvalitative intervjuer med sykepleiere er samlet ved hjelp av kvalitative gruppeintervjuer av typen fokus-gruppe intervju. Jeg har ikke fulgt én bestemt metodebeskrivelse fullt og helt, men gjort avveininger og blant annet tilpasset gruppestørrelsen til aktuelle forhold i forskningens arena. Men tenkningen for fokusgruppemetode er overveiende lagt til grunn, og jeg bruker i det følgende betegnelsen fokus-grupper om fremgangsmåten jeg valgte å bruke.

Til forskjell fra gruppesamtaler i felles sosialt samvær eller i målrettede gruppeaktiviteter som har eksempelvis undervisning- eller terapeutisk øyemed, er fokus-gruppe intervju en kvalitativ datasamlingsmetode med forskningsøyemed hvor en søker å få beskrevet deltakernes opplevelser, tanker og vurderinger av en spesifikk situasjon (Merton o.fl. 1956). Fokus-grupper er

spesifikke med hensyn til *formål, størrelse, sammensetning og fremgangsmåte*. Termen fokus-grupper er blitt brukt for å omtale en rekke teknikker. I samfunnsvitenskapen er man kommet frem til følgende begrepsbeskrivelse: Fokus-grupper er semistrukturerte gruppemøter som holdes i uformelle omgivelser og ledes av en gruppeleder (moderator) med hensikt å samle informasjon om et angitt tema:

“The collection of personal experiences and beliefs related to the designated topic is the purpose of a focus group”
(Carey, 1995: 413).

Med fokus-grupper benyttes *gruppeinteraksjonen* bevisst, i den hensikt å produsere data og innsikt som det ville være vanskelig få frembragt uten interaksjonen som finner sted i gruppen (Morgan 1988: 12).

Hvorfor fokus-grupper?

I de senere årene er det blitt publisert mye litteratur om samspill i helsetjenesten; - jeg nevner her eksempelvis lærebøker av Eide og Eide (1996) og av Thornquist (1998). Derimot kjenner jeg ikke til studier hvor sykepleiekultur, sosial læring og forventninger hos sykepleiere i norske sykehus er fokus når opplevelser av pasient-sykepleier samspill studeres. Hvordan tenker sykepleiere og hvorfor tenker de slik de gjør når de beskriver og tolker opplevelser og forklarer det som skjer når de kommuniserer med pasienter?

Jeg hadde til hensikt å samle informasjon om temaet samspill, sett i perspektivet til sykepleierne. Hvordan skulle jeg få frem kvalitative data om sykepleierens syn på kompetanse, praksis, forventninger og vilkår for profesjonelt samspill? Tanker, opplevelser, holdninger og vurderinger hos sykepleiere er individuelle, men anses å være uttrykk for yrkesgruppens kulturelle tankestrukturer og sosiale handlemønstre. En metode for datasamling som gjorde det mulig å belyse sosiale og kulturelle faktorer ut fra

informasjon om aktørenes egne perspektiver på samspill ville være hensiktsmessig.

Til formålet fant jeg gruppeintervjuer mer hensiktsmessig enn individuelle intervjuer eller feltobservasjon. Metodelitteratur ga støtte til dette. Robert K. Merton kan regnes som opphavsmann til bruk av fokus-grupper. Han sier fokus-gruppe intervju er en intervjuteknikk for kvalitative intervju når hensikten er å få beskrevet menneskers opplevelser, tanker og vurderinger av en spesifikk situasjon (Merton o.fl. 1956). Fokus-gruppe metode er beskrevet som hensiktsmessig til evaluering av programmer, når målet er å samle kvalitative data i en sosial kontekst og menneskene som intervjues vurderer egne syn i relasjon til de syn andre i denne konteksten har (Patton 1990: 335). Metoden er særlig nyttig for å få folk til å sette ord på kunnskap og erfaringer. Metoden brukes ikke bare til å undersøke hva mennesker tenker, men også til studie av hvordan de tenker og hvorfor de tenker som de gjør, og fokus-grupper er særlig nyttige for å studere *holdninger og erfaringer og hvordan kunnskap og ideer utvikles og opererer innen en gitt kulturell kontekst*, erklærer Kitzinger (1995), som hevder at det vil være vanskelig å samle data om kognitive prosesser og holdninger på en annen måte.

Fokus-grupper speiler diskusjoner som nok kan forekomme spredt i den naturlige settingen i sykehusavdelingene. Med feltobservasjon som metode, kunne det ha tatt uforholdsmessig lang tid å samle data fra slike naturlige situasjoner. Ved å bruke fokus-grupper kunne jeg dessuten legge inn metodiske teknikker som vanskelig lar seg gjennomføre ved bruk av deltakende observasjon i felten. Kognitive prosesser kan ikke observeres direkte, men Kitzinger hevder de kan *åpenbares og avsløres* gjennom interaksjon i fokus-grupper (Kitzinger 1995: 27). Til forskjell fra individuelle intervjuer får fokus-gruppe intervjuer frem informasjon fra en dynamisk interaksjonsprosess. Ved å bruke fokus-grupper kan flere sykepleiere ikke bare beskrive eller berette om samspill. De kan også diskutere erfaringer fra

arbeid i en kontekst yrkesgruppen har til felles. Mønstre for tenke- og handlemåter som anses faglig akseptable blant sykepleiere, det vil si kulturelt verdsatt, kan tre frem fra fokus-gruppe intervjuer. Ved å gå inn i denne type kommunikasjon, får en satt lys på kulturelle eller subkulturelle verdier og normer. Forskeren kan identifisere kunnskap informantene har felles, og studere *kulturelle verdier og arbeidslivskultur* (Kitzinger 1995).

Metodelitteraturen er ikke entydig med hensyn til hvorvidt fokus-grupper kan brukes for å studere kulturelle grunnlagsantagelser eller basis verdier, hevder Morgan (1988: 26). Det synes derimot å være stor enighet om metodens relevans i studier hvor hensikten er å få økt kunnskap på et sosial-psykologisk nivå. Eksempelvis peker Asbury (1995), Kitzinger (1995) og Morgan (1988) på denne fordelene ved bruk av fokus- grupper. Metoden stimulerer tankeprosesser det gis uttrykk for i en tematisk fokusert gruppediskusjon.

“The direct reporting of experiences and perspectives does not make full use of the insights that focus groups provide. Going beyond summaries of attitudes takes us into the thought processes that produce these statements of opinion”

(Morgan 1988: 26).

Jeg fant metoden relevant fordi den kan gi data fra en dynamisk prosess hvor diskusjoner speiler tankeprosesser hos mennesker i den kulturelle gruppen som studeres. I tillegg til å få beskrevet forventninger og opplevelser av samspill, anså jeg det som mulig at eventuelle felles antagelser om vesentlige forhold som fremmer eller hemmer profesjonell kompetanse og samspill kan være uttrykk for kulturelle særtrekk.

Forundersøkelse og utvikling av temaguide.

Valg av sykepleiere som har deltatt i samspill med pasienter i aktuelle avdelinger, samt fokus-gruppenes størrelse og sammensetning er beskrevet i kap. 3.4.

Neste steg i planleggingsprosessen var utviklingen av intervjuguide. Studie av teori ledet til foreløpige antagelser om relevante elementer og spørsmålsstillinger om pasient-sykepleier samspill, profesjonelle handlemåter og utvikling av kunnskap i kulturen.

Forundersøkelse ble gjennomført med en gruppe sykepleiere som for tiden var spesialelever i en videreutdanning. Litteraturstudie, situasjonsanalyse og pilotstudie ledet til utvikling av en intervjuguide som omfattet stikkord for tema og spørsmål (Vedlegg nr. 1). I guiden la jeg vekt på åpningssekvensen, hvor jeg ba informantene om å beskrive hendelser, og ikke bedømme det som var skjedd. Videre dreide tema seg om opplevelser av kommunikasjon med kreftpasienter, erfaringer av kommunikasjonen slik de opplevde den i hverdagen, meninger om ideell og reell kommunikasjon og om måter å tilegne seg kompetanse på, og om miljøet og kulturen i sykepleiegruppen.

Fremgangsmåte ved bruk av fokus-grupper.

Intervjuene ble gjennomført i et møterom i sykehuset. Informantene ble ønsket velkommen, og de ble servert kaffe og kaker når de kom til samtalerommet. De hilste på hverandre og på min medhjelper, og fikk skjema utdelt hvor de skrev under på villighet til å delta og at de ville ivareta taushet med hensyn til opplysninger om pasienter og kolleger som de fikk kjennskap til ved å delta i intervjuene. Lydbåndopptaker lå på bordet og videokamera sto i et hjørne av rommet, og opptak var satt på før informantene kom.

Jeg ledet gruppeintervjuet, mens assisterende moderator oppsummerte innholdet med jevne mellomrom. Det var til hjelp for å sentrere diskusjonen

omkring vesentlige faktorer. I starten av intervjuet gjentok jeg kort hva som var formålet med samtalen, og åpnet for eventuelle spørsmål. Fokus-gruppe intervjuer er gruppedynamisk arbeid, og av den grunn brukte vi noe tid på en introduksjonsfase. Prosessen hvor grupper arbeider målrettet består ofte av tre faser; usikkerhetsfasen, konfliktfasen og problemløsningsfasen (Brinchmann-Hansen 1993: 59). Andre omtaler fire stadier som målrettede grupper normalt går i gjennom; forming, storming, opprydding og sist utføring av målrettet arbeid (Stensaasen og Sletta 1996). Informantene arbeidet ikke i en prosjektgruppe, men ble oppfordret til å utdype et bestemt tema, og de kunne følgelig oppleve dette som noe tilsvarende målrettede gruppediskusjoner. Dessuten kunne settingen med lyd og video-opptak føre til en usikker situasjon som det var hensiktsmessig å bruke noe tid på å komme over, mens oppmerksomheten gradvis ble rettet mot tema og egen refleksjon over erfarte samspillsituasjoner.

Jeg informerte om at målet var å få *deltakernes* meninger om samspill-situasjoner de hadde deltatt i. En vesentlig hensikt med fokus-grupper er å få frem deltakernes oppfatninger og erfaringer fra den type situasjoner som fokuseres (Merton o.fl. 1956, Carey 1995). Informantene ble oppfordret til å utdype egne syn på samspill og ikke være generelt vurderende men fortelle om egne erfaringer. Egne erfaringer som omfatter hver enkelt sine vurderinger av situasjoner er nyttige for undersøkelsens formål, mens generelle vurderinger ikke tjener formålet. Jeg la vekt på at alle synspunkter og detaljer har verdi:

“Dere har muligheten til å beskrive alle detaljer som er vesentlige og viktige. Når en skal fortelle detaljert, så er det ingen som kan huske alt. Men mye kan læres av det en kan huske. Dere har erfaring, og slik har dere en posisjon for å kunne hjelpe andre på medisinsk og kirurgisk avdeling i fremtiden. Men som sagt ber jeg dere ikke om å vurdere generelt ved å tenke dere inn i alle andres sted. Det er *dine* erfaringer som vil oppfylle formålet med undersøkelsen”.

Individuelle erfaringer ble poengtert, men det ble også poengtert at informantene hadde en felles erfaringsbakgrunn som er av interesse for studien. Hensikten med å poengtere dette er å forsterke opplevelsen av homogenitet (Krueger 1994: 14). Innledningsvis ba jeg deltakerne beskrive en konkret situasjon, og oppfordret til diskusjon:

“Full enighet er ikke forventet. Det er derimot ønskelig å få frem alles syn og eventuelle ulike syn. Mennesker kan ha ulike meninger om sykepleie og samspill mellom pasienter og sykepleiere. Derfor, hvis noen forteller om sin reaksjon på samspill, og dere andre har et annet syn på det, så si fra og la oss få lytte til det, slik at vi kan få alles syn på saken”.

En kan velge andre fokuserende åpningsstimuli, men ved å be om en situasjonsbeskrivelse åpnes intervjuet uten at intervjueren leder deltakerne i noen bestemt retning eller får deltakerne til å føle seg styrt. Ved å be om situasjonsbeskrivelser, gis deltakerne muligheter til å gi uttrykk for hva som oppleves betydningsfullt for dem, og de begynner å beskrive sin egen definisjon av denne type situasjoner (Merton o.fl. 1956).

Underveis ble fokus rettet mot affektive og verdiladede responser og hva som var sentralt eller hadde mindre betydning for informantenes meninger, og opplevelser og syn på samspill. Umiddelbare oppfatninger av situasjoner med pasient-sykepleier samspill ble fulgt opp med fokuserte stimuli. Moderator bør gå fra den generelle beskrivelse over til mer spesifikke spørsmål, og samtidig tilstrebe en diskusjon deltakerne i mellom. Mer “truende” spørsmål kan stilles når deltakerne begynner å føle seg trygge (Kjølstad og Høverstad 1991).

Merton o.fl. (1956) sier at moderator bør bruke fokuserte stimuli.

Kontroversielle synspunkter imøtegås ikke, men utdypes (op.cit.).

Fokus- grupper ledes av en *moderator*, det vil si en som styrer retningen, men som for øvrig oppmuntrer til diskusjon mellom informantene, i stedet for

mellom informantene og moderator (Mays og Pope 1995). Som moderator eller leder av fokus-gruppene sto jeg for planlegging, ledelse og å trekke konklusjoner undervegs. Jeg tok tak i relevante nøkkeltema som deltakere nevnte, og ba om å få slike utdypet. Jeg hadde hjelp av en assistent (assisterende moderator). Assistenten forholdt seg passiv, fulgte nøye med, og gjorde notater, men hadde en aktiv rolle med å oppsummere jevnlig. Oppsummeringer gav meg pusterom og tid til å vurdere samtalen som var i gang med hensyn til spørsmål som burde utdypes mer eller hvorvidt relevante spørsmål ikke var blitt nevnt. Dessuten ga oppsummeringer deltakerne muligheter for å supplere eller korrigere mening i det som var blitt sagt.

I fokus-gruppe intervjuer kan gruppeprosessen og det forholdet at sykepleierne er kolleger og arbeider på samme sted, ha betydning for å få frem informasjon om tenke- og handlemåter som blir verdsatt eller underkjent i sykepleiekulturen og/eller i grupper i sykehusmiljøet for øvrig. En må dessuten være oppmerksom på at sykehuset som felles kontekst kan virke hemmende og innskrenke åpenheten hos noen informanter. Intervjueren bør derfor følge nøye med og observere nonverbal kommunikasjon, og ha særlig oppmerksomhet overfor “turn-taking”, øyekontakt, pauser og måter å snakke på (Morgan 1988: 26). Åpenhet ble tilstrebet. Det er moderators oppgave å ha fokus mot åpenhet og utvikle en trygg situasjon hvor bruk av åpne spørsmål får frem oppriktige svar fra deltakerne (Krueger 1994). Jeg mener sykepleierne var trygge i intervjusituasjonen, og vi erfarte at sykepleiere som hadde andre oppfatninger enn flertallet i gruppen, åpent fortalte om dette.

Gruppeintervjuene ble avsluttet med at deltakerne fikk gi tilbakemelding på hvordan deltakelsen ble opplevet. Å delta i fokus- grupper skal oppleves positivt (Kjølstad og Høverstad 1991). Vi fikk bare tilbakemeldinger om at det hadde vært positivt og interessant å delta. Etter avsluttet intervju oppsummerte assistenten og jeg erfaringer og inntrykk, og gikk i gjennom notatene som assistenten hadde gjort undervegs.

Etter hvert av de tre første gruppe-intervjuene gjorde jeg en foreløpig kategorisering og innholdsanalyse av tema deltakerne hadde snakket om. Den foreløpige analysen av hvert intervju ledet til fokusering og utdypende spørsmålsstillinger i etterfølgende intervjuer. Det blir anbefalt at en mellom intervjuene og før planleggingen av følgende intervju kategoriserer datamaterialet og skriver førsteutkast til rapport (Krueger 1994). Knapphet på tid førte til at analysen ble ufullstendig i periodene mellom hvert intervju.

Antallet av fokus-grupper bestemmes av hvorvidt en får ny informasjon fra nye grupper. Når moderator kan forutsi hva deltakerne i neste gruppe vil snakke om, anses datasamlingen som gjennomført. Dette skjer vanligvis etter tre til fire gruppeintervjuer (Asbury 1995, Krueger 1994). På grunn av at materialet omfattet mye detaljert informasjon som ikke ble grundig analysert mellom hvert intervju, valgte jeg å gjennomføre hele fem gruppeintervjuer, selv om materialet syntes å være “mettet” etter at de tre første fokus-gruppe intervjuene var gjennomført.

Materialet fra lydbåndopptakene ble i sin helhet transkribert til bruk i analyseprosessen. Video-opptak ble kun delvis brukt som underlag i vurdering av reliabilitet. Vedrørende analyse og tolkninger viser jeg for øvrig til kapitlene nedenfor som omhandler disse temaene.

3.2.2 Kvalitative intervju med pasienter

Det var ønskelig å samle informasjon fra pasienter for å få kjennskap til deres forventninger, opplevelser og meninger om kommunikasjon med sykepleiere. Jeg valgte å foreta en innledende datasamling med ustrukturerte intervju med pasientene. To intervjuer ble gjennomført som forundersøkelser for å prøve ut spørreguiden. Jeg brukte en intervjuguide med tematisk inndeling og stikkord (Vedlegg nr. 2). Pasientene ble bedt om å gi uttrykk for opplevelser, meninger

og erfaringer med kommunikasjonsforhold med sykepleiere i sykehuset. De ble også bedt om å beskrive hva de la i begrepet helse for seg som pasient i sykehuset, og å gi uttrykk for oppfatninger om kommunikasjon som helsefremmende hjelp.

Et kvalitativt intervjuet skal være helhetsorientert og saksrettet. (Repstad 1993). I kvalitative intervjuer er det viktig at intervjueren plasserer stimuli riktig. En skal finne ut av det en ikke kan observere direkte, komme bak det selvfølgelige og avdekke den kulturelle logikken. Intervjueren må lære å lytte mens kunnskapsrike mennesker snakker (Patton 1990: 279). Jeg valgte å styre intervjuet minst mulig, og oppmuntret pasientene til å utdype. Jeg forsøkte å følge pasienten ved hjelp av kognitiv empati. Med det menes intellektuelt å ta den andres rolle eller perspektiv (op. sit.). Empati er i teori betraktet som et behov for å *forstå* den andres problemer og behov (Arnold 1991). Patton (1990) sier empati er en holdning til menneskene, og at nøytralitet er en holdning til data og de funn en gjør. Nøytralitet innebærer en ikke vurderende og åpen væremåte. Nøytralitet kan bidra til å skape rapport eller kontakt, og slik bidra til å bygge opp en relasjon mellom informant og intervjuer. Nøytralitet i intervjusituasjonen støtter opp og fremmer empati (op. sit.).

For å få data om pasientenes meninger sett i lys av deres situasjon, opplevelser og forventninger, var min oppgave å skape en ramme hvor de kunne respondere på måter som var naturlige for hver enkelt. Intervjueren bør følge den andre ved hjelp av kognitiv empati, hvor en intellektuelt forsøker å forstå den andre og ta den andres rolle eller perspektiv (Patton 1990). For å forstå informantene ble gjensidig forståelse tilstrebet:

“It is impossible for the researcher to understand the ‘subject’ unless she/he enters into a dialogue with the ‘subject’ aimed at mutual understanding”
(Gitlin, Siegel og Boru 1993: 198).

Jeg forsøkte å være nøytral følelsesmessig, men var oppmerksom og interessert. Jeg brukte mange minimale responser som 'ja' og 'mm'. Direkte oppfølgende spørsmål ble brukt når jeg mente det var nødvendig for å gå dypere og få frem nyanser. Jeg forsøkte å være minst mulig styrende. Hensikten var å få et fenomenologisk 'innenfra-perspektiv'. Jeg startet med å gjenta de forskningsetiske betingelsene. Deretter ba jeg om de demografiske data. Dette for å åpne med spørsmål som er lite påtrengende. Så ba jeg pasientene beskrive kommunikasjonsforholdet. I åpningsspørsmålet spurte jeg etter hvordan samspill med sykepleiere oppleves i sin alminnelighet. Svarene gikk på generell tilfredshet med tjenesten. Noen pasienter illustrerte sitt syn ved å gi eksempler. Andre illustrerte med eksempler etter at de var blitt oppfordret til dette, mens atter andre fant det vanskelig å finne konkrete eksempler.

Jeg fant det naturlig å være åpen og oppmerksom, og viste pasientene at jeg hadde interesse av deres informasjon. Jeg la vekt på å bruke åpne spørsmålsformuleringer, i tillegg til presiserende spørsmål. For å sikre at jeg forsto informasjonen slik den var ment, brukte jeg mine formuleringer når jeg med jevne mellomrom oppsummerte det jeg hadde oppfattet at pasienten hadde sagt. Pasientene bekreftet min forståelse med gjensvar, og i noen sammenhenger forklarte de hva mente å uttrykke ved å utdype og forklare med andre ord.

Intervjuene i sykehuset foregikk i pasientrom, dagligstue eller et lite rom med sofa og kaffebord i en poliklinikk. Omtrent halvparten av informantene ble intervjuet etter utskrivning fra avdelingene. Disse pasientene ble intervjuet i forbindelse med poliklinisk kontroll i sykehuset. En ble intervjuet i egen heim, fordi han ønsket dette selv. En minirecorder ble brukt til å ta opp intervjuene på lydbånd. Pasientene virket opptatt av innholdet i samtalen, og lot ikke til å være sjenert av at det ble brukt båndopptaker. Derimot ga noen pasienter uttrykk for at de ble slitne av å konsentrere seg og samtale med meg. I ett

tilfelle delte vi intervjuet i to sekvenser, slik at pasienten fikk hvilt seg litt i mellomtiden.

Jeg gjorde ikke fyldige notater under intervjuene, men krysset av på guiden etter at tema var utdypet. Det skjedde ofte etter å ha kommet tilbake til samme tema flere ganger. Jeg oppsummerte flere ganger under hvert intervju. Dette for at informanten og jeg selv skulle huske hva vi hadde samtalen om. En annen grunn var at informanten skulle kunne gi tilbakemelding og komme med tilføyelser til det som var sagt. Oppsummering fungerte også som markør for temaskifte.

Det kvalitative intervjuet ble avsluttet ved at jeg introduserte spørsmålene i det strukturerte spørreskjemaet. Jeg oppfordret til at informantene kunne komme med tilføyelser underveis, også når spørreskjemaet ble besvart. Noen pasienter utdypet og kom med eksempler til slutt i intervjusituasjonen. Vi samtalte om spørsmålene i skjemaet samtidig med at de ble utfylt, og når noen ikke forsto spørsmålsformuleringene, ble disse forklart. Det er viktig at den som intervjuer selv forstår den logiske forklaring som ligger bak hvert spørsmål, og kan merke hvorvidt en respons faktisk er svar på spørsmålet, eller om spørsmålet må utdypes (Frey og Mertens Oishi 1995: 136).

3.2.3 Spørreskjema om forventninger og meninger

Pasienters beskrivelse av forventninger og effekter av samspill vil blant annet være farget av deres kulturelle bakgrunn, men også av personlige faktorer og ikke minst av den situasjonen hver enkelt av dem står oppe i. Av den grunn valgte jeg i utgangspunktet en åpen kvalitativ tilnærming til pasientenes perspektiver og dybdenyanser i meninger om samspill. To prøveintervjuer ble gjennomført som kvalitative intervjuer. Pasientene ga uttrykk for at det var vanskelig å sette ord på og konkretisere sine forventninger og meninger om samspill. Denne erfaringen ledet til at jeg valgte å utarbeide et spørreskjema

(vedlegg nr. 3). Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av en foreløpig analyse av de to intervjuene. Slik henger metodiske grep nøye sammen med analyseprosessen, som ledd i en hermeneutisk spiral eller sirkel.

Den mest direkte måten å måle interesser, verdier og holdninger på, er å spørre folk og måle en eller annen form for selvrapporing, hevder Undheim (1996). To forhold aktualiserte bruk av spørreskjema med på forhånd fastlagte svaralternativer. For det ene ønsket jeg å få kjennskap til pasientenes meninger om kommunikasjonsforholdet med sykepleierne. Det ledet til utvikling av spørsmål som ble stilt bare til pasientene. For det andre ønsket jeg å få noen sammenlignbare data fra pasienter og sykepleiere, for å undersøke i hvilken grad forventninger til og meninger om samspill var sammenfallende for pasienter og sykepleiere. Resultatene ble brukt til sammenligning av analyseresultater i det kvalitative materialet.

Miles og Huberman (1994: 208) anbefaler en kombinasjon av variabelorienterte og caseorienterte strategier når flere case gjøres til gjenstand for sammenligninger. Dette fordi en ikke kan forenkle den kvalitative analysen til enkel oppsummering av likheter og forskjeller innen variabler som flere case har felles. Hver respons som da oppsummeres er et fragment tatt ut fra den sosiale og psykologiske konteksten (op.cit.).

Når en informant sier noe i et kvalitativt intervju, kan uttrykksformen, innholdet og kroppsspråket være uttrykk for en mening som først kan forstås riktig når en ser utsagnet i sammenheng med det som skjer i intervjuet, mens det er muligheter for å feiltolke utsagn dersom de tas ut fra intervju-sammenhengen. Informanter kan for eksempel fortelle om opplevelser hvor sykepleiere ikke har vist dem omsorg, mens de samme informantene i sin allminnelighet kan ha opplevet å bli vist god omsorg fra sykepleiere. Ved å bruke spørreskjema ble informantene oppfordret til å svare ut fra egen innstilling og erfaringer i sin allminnelighet fra hele erfaringsperioden som

sykehuspasient. Kvantitative data gav informasjon fra kommunikasjons-situasjonen i vid betydning, det vil si fra kommunikasjonsforhold under hele sykehusoppholdet til pasientene.

Målinger av interesser, holdninger og meninger er en av flere måter mennesker i dagens samfunn blir bedt om å bruke i evalueringer.

Spørreteknikken ble brukt for å registrere data i en form som kan gjøres til gjenstand for enkle statistiske målinger. I studien drøftes resultater fra denne måten å spørre og svare på mot uttrykksformer informantene bruker i det kvalitative datamaterialet. Spørreundersøkelsen ble brukt for å lede til nye spørsmål i den kvalitative analysen og til å støtte opp om funn og tolkninger av kvalitative data.

Innhold i spørreskjema.

Noen få variabler ble målt med to skalatyper, Likert skala og Osgoods semantiske differensial, som er blitt mye brukt til å måle interesser, verdier og holdninger (Undheim 1996). Med interesser menes her preferanser for ulike aktiviteter eller handlinger (op.cit.). Verdier går ikke på preferanser, men ulike former for livsstil eller "livsmål", sier Undheim, mens *holdninger* har å gjøre med følelser, meninger eller handlingsmønster i forhold til personer eller sosiale grupper (op.cit.). Meninger og holdninger kan måles ved hjelp av Likert skala eller Osgoods semantiske differensial (op.cit.). Spørsmål om grad av forventninger og hva som ble foretrukket og ansett som viktig eller positivt ble brukt i spørreskjemaet til pasientene.

Utsagn om holdninger og erfaringer ble brukt for å beskrive mening (jfr. kap. 2.5). Jeg benyttet metode med adjektiver som betegner motsetninger. De ble brukt i spørreskjema til både pasienter og sykepleiere. Skjemaene ble utarbeidet etter en foreløpig analyse av intervjuer med to pasienter og etter to fokus-gruppeintervjuer. Innholdet dreide seg om hva samtaler mellom pasienter og sykepleiere ideelt burde dreie seg om og hva de faktisk dreide seg

om med hensyn til samtaler om sykdommen, om det pasienter trenger å vite og om deres følelser, opplevelser og hjemmesituasjon (se vedlegg nr. 3 og nr. 4).

Pasienter besvarte spørreskjemaet like etter at kvalitative intervjuer var avsluttet. Sykepleierne fikk tilsendt spørreskjema etter at fokus-gruppe intervjuene var avsluttet. Alle besvarte spørsmålene.

Bruk av Likerts teknikk.

Når Likerts teknikk brukes inneles ordinalskalaer for alternative responser på spørsmål, heller enn for alternative utsagn om holdninger (Anderson, Ball og Murphy 1974). Rangordning betegner relative posisjoner. Tall som betegner rangering av utsagn brukes til statistisk bearbeiding av informasjonen. En lager spørsmål med flere svaralternativer hvor informanten skal markere det svaralternativet som indikerer hans/hennes holdninger eller vurderinger av spørsmålet.

En skala med fem trinn ble brukt. Flere trinn, opp til syv eller ni trinn på skalaen, gir vanligvis mer reliabel informasjon enn få trinn, hevder Undheim (1996), som legger til at en likevel må ta hensyn til hva som oppleves naturlig for de intervjuede. En kan heller ikke se bort fra at en kan få mindre reliabel informasjon dersom en finere inndeling enn fem trinn omfatter uklare definisjoner og medfører økende subjektivitet. Skala med fem trinn ble valgt. En finere inndeling av utsagn ble ansett som unaturlig for å nansere aktuelle oppfatninger og holdninger.

Få spørsmål om et tema gir redusert pålitelighet på grunn av mulighet for tilfeldige feil. Når forhold knyttet til enkeltspørsmål får stor betydning, reduseres validiteten. Denne kan økes ved å bruke flere spørsmål knyttet til spesielle forhold (Undheim 1996). Få spørsmål ble brukt av etiske og praktiske grunner: 1. Belastning for pasientene. 2. Undersøkelsen samlet er av

kvalitativ karakter og har et stort omfang. Rammesvilkår og tidsperspektiv tilsier avgrensning og sterkest satsing på samling og analyse av kvalitative data.

Semantisk differensial.

Semantisk differensial ble brukt til besvarelse av noen spørsmål.

Utgangspunktet for semantisk differensial, er skillet mellom ordenes konnotative og denotative mening (jfr. kap. 2.5.2). Vi kan betrakte verbale ytterpunkter som om de definerer endepunktene for det semantiske området mellom ytterpunktene (Osgood 1962). Semantikk handler om ordenes betydning, og jeg oppfatter Osgood slik at et verbalt utsagn kan ha en vid betydning som omfatter dimensjoner og nyanser av mening mellom motstående ytterpunkter, og “nøytrale” meninger i midten. Osgood illustrerer tankegangen metaforisk med motsatte farger og fargeblandinger med de to fargene:

“Just as complementary colors are defined as points equidistant and in opposite directions from the origin in the color space, which when mixed together in equal proportions cancel each other out to neutral grey, so may we conceive of verbal opposites as defining straight lines through the origin of the semantic space and canceling each other out to meaninglessness when “mixed””

(Osgood 1962: 10).

Semantisk differensial benyttes til å *måle* psykologisk *mening* av et begrep (Hauge 1974). Osgoods semantiske differensial brukes til å vurdere forhold der motsatte adjektiver er ytterpunktene (Undheim 1996). Noen adjektiver trekker ut en evaluerende dimensjon, slik som god- dårlig, sur- søt og så videre. Andre trekker ut styrkedimensjoner som sterk- svak, stor- liten og så videre, og andre igjen trekker ut aktivitetsdimensjoner som aktiv- passiv, anspent - avslappet og så videre (op.cit). Osgood (1962) kaller det en er ute etter å måle for “affektiv mening”.

Spørreskjema med bruk av semantisk differensial ble utviklet for pasienter. Jeg brukte utsagn for ytterpunkter av mening om hva kommunikasjonsforhold mellom pasient og sykepleier førte til av opplevelser. Opplevde pasientene trygghet eller utrygghet, visshet eller uvisshet om opplegg for dem i sykehuset, innsikt eller mangelfull innsikt i egen situasjon, trivsel eller mistrivsel, motløshet eller livsmot, velvære eller ubehag/smerte, utmattelse eller kraft/vigør, tillit eller mistillit til personellet?

3. 3 Triangulering

Noen anbefaler valg av en spesifikk kvalitativ metode, og at en holder seg til denne gjennom hele forskningsprosessen, mens andre hevder dette ikke er nødvendig og kan være til liten hjelp (Coffey og Atkinson 1996). Bruk av flere datakilder kan gi uvurderlige fordeler, men krever at forskeren behersker flere metodiske tilnærminger (Yin 1994: 94). Jeg valgte å bruke flere metoder. I slike sammenhenger er det vesentlig at en har velbegrunnet oppmerksomhet på prinsipper for de forskjellige metodene, og en bør hele tiden være reflekterende og kritisk når en foretar metodiske valg (Coffey og Atkinson 1996). Intensjonen har vært å følge disse rådene. Jeg har også sett de metodiske fordelene ved datatriangulering som en utfordring til egen læring om bruk av flere fremgangsmåter.

Triangulering har med tiltro til studien å gjøre. En får ikke direkte sammenlignbare data ved å bruke flere metoder for datasamling, men en kan få frem flere opplysninger for å validere studiens tolkninger og funn. Ved å triangulere med kvalitative intervju og kvantitative spørreskjema kunne koplinger mellom begreper og indikatorer bli sjekket ved hjelp av flere typer data.

Triangulering må ikke oppfattes som en avgjørende test, men trinagulering ved hjelp av flere typer datakilder og analysemetoder kan gi økt tiltro til en konklusjon, hevder Hammersley og Atkinson (1992: 190). Miles og Huberman gir uttrykk for lignende syn på bruk av flere kilder:

“The aim is to pick triangulation sources that have different biases, different strengths, so they can complement each other”

(Miles og Huberman 1994: 1994).

Ved å bruke flere fremgangsmåter for å beskrive og tolke materialet betraktes forskningens gjenstand fra flere innfallsvinkler. Studiens troverdighet styrkes ved å dra nytte av styrken ved den enkelte metode. Det leder likevel ikke til *beskrivelsen* av samspill og fagkultur, men til *en* versjon og måte å *“inscribe it in discourse”*, som Gitlin, Siegel og Boru (1993: 193) sier. Hver for seg fanger ikke metoder som er brukt opp helheten eller belyser alle sider ved det som fokuseres i studien. Fordelene ved kombinasjonen av metoder som er benyttet mener jeg oppveier noe for slike begrensninger, og derved styrker trianguleringen studiens troverdighet.

3. 4 Valg av informanter og arena

Studien er gjort i et sykehus i Midt-Norge. Sykehuset er valgt som arena fordi det er et middels stort sykehus og er det sykehuset jeg har best kjennskap til fra tidligere. Sykehuset er ett av to fylkessykehus, og ivaretar sentral- og lokalsykehusfunksjon overfor 10 kommuner med en samlet befolkning på 87000 innbyggere.

3.4.1 Utvalg sammensatt av pasienter

Populasjon er alle voksne beboere med pasienterfaring i en helseinstitusjon beliggende geografisk i institusjonens nedslagsfelt. Mennesker med erfaring fra å være innlagt som pasient i sykehuset, enten i medisinsk eller kirurgisk

avdeling ble valgt. Av disse avgrenset jeg til voksne pasienter som har fått en kreftdiagnose. Foruten to pasienter som ”prøveinformanter”, ble 20 pasienter med kreft intervjuet. Når pasienter med kreft er valgt som informanter for å evaluere samspill med sykepleiere, er hensikten å avgrense til en pasientgruppe som i kraft av risiko, usikkerhet og varierte tilstander og utsikter forventes å fordre høy kompetanse hos sykepleierne. Jeg hadde forventninger om resultater som kunne bekrefte en antagelse om at “lista” var lagt høyt.

Av praktiske og etiske grunner ble individuelle intervjuer med pasientene valgt. Utvalgsstrategien gikk ut på å få informasjonsrike informanter og maksimal variasjon i dimensjoner av interesse innen utvalgte gruppe (Patton 1990). Innen rammen for det som var praktisk gjennomførbart i prosjektperioden, ble variasjon tilstrebet med hensyn til alder, kjønn, yrke og type kreft. Omtrent halvparten av informantene var for tiden pasienter i medisinsk eller kirurgisk avdeling, mens den andre halvparten var utskrevet fra sykehuset, og var i sykehuset til poliklinisk konsultasjon.

Pasienter som er terminale, i den forstand at de av personalet oppfattes som døende, er unntatt fra utvalget. Pasienter som i løpet av foregående uke har fått beskjed om at de har kreft er også unntatt fra utvalget. Terminale pasienter har høyst sannsynlig bred erfaring med hensyn til forskjellige sykdomssituasjoner hvor de har erfart samspill med sykepleiere i sykehuset. Slik sett er de informasjonsrike. På tross av det, ser jeg det forskningsetisk riktig å spare disse pasientene for eventuelt belastende samtaler i dette studieøyemed. Jeg anså det heller ikke som avgjørende for studien at mennesker som siste uke hadde fått diagnosen ble belastet med intervju i studieøyemed. Derimot anså jeg det hensiktsmessig at pasientene retrospektivt beskrev samspill i situasjoner hvor de hadde opplevet sterke reaksjoner som følge av blant annet å få en kreftdiagnose. Slik informasjon er tilstrebet inkludert i studien.

Fremgangsmåte ved utvelgelse av pasienter.

Avdelingsoverleger i kirurgisk og medisinsk avdeling ble orientert om prosjektet og forespurt om de ville foreta utvalg av pasienter. I medisinsk avdeling ble oppgaven delegert til klinikkoversykepleier. I kirurgisk avdeling foretok avdelingssykepleiere i aktuelle sengeposter utvelgelse og forespørsel til aktuelle pasienter. Pasienter som ble intervjuet retrospektivt, når de var til poliklinisk kontroll, ble forespurt av spesialsykepleier ansatt i poliklinikken.

Pasientene fikk samtidig med muntlig forespørsel utdelt og gjennomgått skriftlig informasjon med forespørsel. De skrev under på at de var villige til å delta, og slik ble deres identitet frigitt til meg. Nå kunne jeg hilse på informanten, og avtale tid for intervju. Ofte foregikk intervjuene på ettermiddagen, når aktiviteten i avdelingene ikke var stor. Intervjuene med innlagte pasienter foregikk på pasientrommet eller i en ledig dagligstue. Pasienter som ble intervjuet når de var til poliklinisk kontroll, ble intervjuet i et rom i poliklinikken. Oftest foregikk intervjuene i poliklinikken i tiden mens pasientene ventet på resultater fra blodprøver som var tatt samme dag. Et par pasienter kom til poliklinikken en dag senere for å samtale med meg. De ville gjerne delta, men hadde ikke anledning den dagen de ble forespurt. En pasient ble intervjuet i hjemmet fordi han ønsket dette selv.

3.4.2 Utvalg sammensatt av sykepleiere

Populasjonen bestående av alle sykepleiere ansatt i helseinstitusjoner i distriktet representerer en faglig nærkontekst, men er ikke målgruppe for studien. Målgruppen er sykepleiere som til daglig arbeider i medisinsk eller kirurgisk avdeling i valgte sykehus som er studiens arena. Homogene utvalg består av grupper med stor innbyrdes likhet (Krueger 1994). Homogene grupper ble tilstrebet med hensyn til avdelingstilhørighet og faglig bakgrunn.

Sykepleiere ble intervjuet i grupper sammensatt av ansatte i de forskjellige sengepostene hvor pasienter med kreft oftest er innlagt. Hver gruppe besto av fire sykepleiere, og i alt ble fem grupper fra aktuelle avdelinger intervjuet. Dessuten ble en gruppe sykepleiere som for tiden var under spesialutdanning intervjuet i en pilotstudie, og en gruppe sykepleiere ansatt i en rehabiliteringsavdeling ble intervjuet med henblikk på sammenligning med materialet for øvrig.

En gruppestørrelse på fire gav grunnlag for å dekke behovet for å få informasjon gjennom gruppediskusjoner, og få frem dybdeinformasjon. Små grupper gjør det også mulig å få mer informasjon fra hver enkelt deltaker enn tilfellet er i større grupper. Grupper på fire til seks benevnes mini- fokus-grupper, mens en full fokus- gruppe er på åtte til ti personer (Greenbaum 1998).

Fremgangsmåte ved utvelgelse av sykepleiere.

Avdelingssykepleiere foretok første forespørsel til sykepleiere i avdelingene og delte ut skriftlig informasjon og forespørsel. Opplegget gjorde det mulig å arrangere et tilstrekkelig antall intervjuer for å oppnå replikasjon og metning av informasjon fra flere fokus-grupper. Det valgte antall grupper og de praktiske arrangementene ved å sette disse sammen, var det bemanningsmessig og praktisk mulig å gjennomføre i avdelingene. Og det er hensiktsmessige strategier heller enn metodiske regler som legges til grunn når en foretar valg av utvalgsstørrelse (Patton 1990).

Intervjuene ble lagt til de siste to timene på dagskiftet. Flere enn en sykepleier kunne ikke gå fra arbeidet i hver avdeling. Noen sykepleiere som skulle på seinvakt møtte til intervju før de gikk på vakt, mens noen møtte på fridager. De som deltok i fokus-gruppeintervju i fritiden fikk avspasere tilsvarende tid når det var mulig for avdelingens drift. Dette var en ordning sykehuset sørget for, og det ser jeg som uttrykk for en positiv innstilling til undersøkelsen. Hver

fokus-gruppe ble sammensatt etter at avdelingssykepleiere hadde gitt både skriftlig og muntlig informasjon og fått bekreftet villighet til å delta. Nå kunne jeg ta kontakt med informantene og samarbeide med dem og avdelings-sykepleier for å fastsette tid for gruppe-intervju.

En praktisk begrunnelse for å ha fire som minimum, men også som tilstrekkelig antall deltakere i hver fokus-gruppe, var at valget ble foretatt fra et relativt lite antall aktuelle sykepleiere. I medisinsk avdeling utgjorde trettien sykepleiere aktuell populasjon, og i kirurgisk avdeling var førtitre sykepleiere i tre sengeposter aktuell populasjon å velge ut fra. Ved å benytte større grupper ville de aller fleste komme til å delta. Det ville svekke anonymiteten. Dessuten anså jeg det uheldig å ta flest mulig ut fra avdelingene for å delta i intervjuer som foregikk i deres arbeidstid. Intervjuene ble lagt til dagtid, sist på dagskiftene. En grunn for det var at assisterende moderator kunne påta seg den oppgaven under forutsetning av at gruppe-intervjuene foregikk på dagtid.

Forskningsetiske overveielser.

Det ble søkt om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen hos institusjonen, Norsk Datatilsyn og Regional forskningsetisk komite. Informasjon til informantene ble gitt både skriftlig og muntlig. Frivillighet til å delta i undersøkelsen ble tatt opp med informantene. At de når som helst kunne trekke seg, ble de også gjort kjent med. De hadde mulighet til å ta kontakt med meg når de måtte ønske det. De kunne også kontakte meg dersom de hadde tanker eller følelser de ville snakke med meg om.

Åpenhet om studiens hensikt.

Jeg valgte delvis åpenhet om studiens fokus og formål, og samme grad av åpenhet overfor ledere og informanter. Jeg var åpen med hensyn til at jeg ville undersøke og beskrive informantenes syn på kommunikasjonsforholdet. Jeg orienterte om at studiens formål var å lære om og av sykepleiepraksis.

Anonymisering og sletting av rådata.

Alle notater er anonymisert. Data som tekst er anonymisert i rådata og avhandling. Lydbånd og videobånd er oppbevart til avhandlingen er levert og forsvart. Deretter slettes rå-data. Hvilket sykehus arbeidet er gjort i, lar seg vanskelig anonymisere. I fremstillingen av resultater er utsagn ikke knyttet opp til sykepleiernes avdelingstilhørighet. Hensynet til anonymitet gjør at jeg ikke har vist til hvilke avdelinger hver av informantene tilhørte. Dette hensynet er også ivaretatt ved at pasientene ikke forbindes med opplysninger om diagnose, avdeling, hjemsted eller annet som kan gjøre det mulig å identifisere deltakere i undersøkelsen.

3.5 Forskerrollen

Data er samlet i felten hvor pasient- sykepleier samspill skjer, det vil si medisinske og kirurgiske avdelinger i et sykehus. Det er karakteristisk for etnografisk forskning at forskeren går inn i arenaen hvor kulturen eksisterer, og at forskeren kan tilbringe lang tid der for å få innsikt i kulturen (Gitlin, Siegel og Buro 1993). Jeg har valgt å forske i en arena hvor jeg for få år siden hadde arbeidet i mer enn ti år. I utgangspunktet kunne jeg følgelig til en viss grad forstå innenfra (emic) perspektivet. Innenfra perspektivet er det naturlige i kulturen, og det reflekterer den kulturelle gruppens språk, tro og erfaringer. Fordi jeg kjenner til språket og har noe erfaring fra fagkulturen, hadde jeg ikke behov for å bruke lang tid på en bli - kjent fase. Jeg kunne gå direkte til å forberede samlingen av opplysninger som var av interesse.

Forskerrollen er ikke uvesentlig. Etnografisk betraktes forskeren som instrument, i det forskere spiller en vesentlig rolle når de identifiserer, fortolker og analyserer kulturen de studerer (Streubert og Carpenter 1995). Når jeg gikk inn i kulturen og forsket var min oppgave å gjøre det som er implisitt i kulturen eksplisitt. Hvorvidt jeg kan forske med et nøytralt, objektivt blikk på sykepleiekultur kan diskuteres. Intensjonen var å dra nytte

av kjennskap jeg hadde til forskningsfeltet, for så å betrakte den utenfra (etic), og få frem mer kunnskap som kunne komme menneskene i forskningsfeltet til nytte. Intensjonen har et nytteperspektiv og er derfor i tråd med intensjoner om forskning Gitlin, Siegel og Buro (1993: 203) benevner som forskning *i og for* undervisning (eller sykepleie), til forskjell fra intensjoner om å forske *på* eller *om* undervisning. Men til forskjell fra disse forfatterens syn, mener jeg flere typer forskning kan ha nytte for praksis. Ulike tilnærminger har forskjellige fordeler og svakheter.

For meg innebar forskerrollen blant annet å være bevisst på metodiske begrensninger og muligheter. I neste omgang var oppgaven å redegjøre for metodiske grep så vidt fyllestgjørende at andre kunne vurdere styrke og svakheter ved de grep som ble valgt. Med etnografisk tilnærming har jeg forsøkt å ha et innenfra- og utenfra- perspektiv. Jeg betrakter pasientens eller sykepleierens atferd utenfra i lys av min forutforståelse, og forsøker å forstå deres atferd ut fra pasientenes ståsted og sykepleiernes eget kulturelle, yrkesmessige ståsted. Egne perspektiver og forutforståelse så jeg som en viktig side å være bevisst oppmerksom på i den hermeneutiske prosessen.

Som forsker går en inn i felten og påvirker den. I intervjusituasjonene var jeg observatør, men hadde også en aktiv rolle ved å stille spørsmål, tolke de andres utsagn og plassere stimuli. Det er viktig å merke seg at feltforskning har en vesentlig sosial karakter (Hammersley og Atkinson 1992). Den innvirkning forskeren har er av betydning for tolkning av data. I interaksjonen påvirker både intervjuede og intervjuer hverandre gjensidig. I oppgaven har jeg forsøkt å synliggjøre påvirkning og diskusjoner for leseren.

3. 6 Analyseprosessen

I dette kapitlet beskrives analytiske innfallsvinkler og metodiske grep som ble brukt i undersøkelsen. Kapitlet innledes med en redegjørelse for transkribering som omforming av kvalitative data fra lyd til tekst. Deretter beskrives fremgangsmåte for analyse av intervjuetekster og besvarte spørreskjema.

3.6.1 Fra meningsytring til tekst og tall

Analyseprosessen begynte under datasamlingen, hvor jeg som intervjuer lyttet etter nøkkelinformasjon som kunne belyse informantenes oppfatninger og holdninger til studiens tema. Prosessen fortsatte under den første gjennomgangen av data som var samlet inn, og under etterfølgende analyse og drøfting av funn. I den innledende analysen er en ute etter å identifisere interessante mønstre og finne ut om noe trer frem som overraskende eller som forventet ut fra teori og fornuft (Hammerslay og Atkinson 1992). Ved å lytte til lydbånd og videoopptak skaffet jeg meg en dypere fortrolighet med materialet. Når jeg lyttet til lydbånd for å skrive av tekst eller lese korrektur på avskrevet tekst, begynte samtidig en analyseprosess. Siden lyttet jeg gjentatte ganger til lydbånd eller så på video-opptak for å få tak i mening og betydning av språklige nyanser, måter å formidle budskap og bruk av stemme, pauser, avbrytelser og lignende.

En bør være oppmerksom på regler og prosedyrer for transkribering av observasjoner til tekst, slik at meninger i materialet ikke går tapt eller endres hvis aspekter ved kommunikasjonen ikke blir dokumentert (Mishler 1984). Tar en ikke høyde for dette, kan transkriberingen ende ut som antagelser om det som ble formidlet, og

“these assumptions are those of common sense; the culturally-shared understandings of what persons “mean” by what they say”
(Mishler 1984: 33).

Det finnes ingen “beste måte å transkribere på”. Formålet med analysen og tilpasningen til dataprogrammet jeg brukte, var ledetråd for mine valg. Stjerner og linjeskift markerte tekstenheter som kunne kodes som enheter i data-programmet. Utskriftene ble forsøkt å være så nær opp til det som ble sagt som mulig. Dialektord ble skrevet av direkte. Dette anbefales for å få frem nyanser i kulturelle forskjeller og folkelige termer (Hammersley og Atkinson 1992). Terminologien kan gi viktige markører på kulturelle forskjeller eller særegenheter. Men viktigst er sammenhengen som gir mening;

“...den viktigste oppgaven er å kunne dokumentere og gjenkalle den konkrete sammenhengen som slike folkelige termer brukes i”

(Hammersley og Atkinson 1992: 153).

Informantenes terminologi omfatter både dialektord og faglige uttrykk som brukes innen helseprofesjonene. (I resultatbeskrivelsen er sitater skrevet om til bokmål.) Alle informantene brukte dialekt og faguttrykk i sykepleie som jeg kjente til. Jeg mener derfor å ha fortolket språket riktig. Jeg hadde hjelp til å skrive av store deler av materialet. Jeg lyttet og leste korrektur på all transkribert tekst. Arbeidet med å skrive av og lytte til lydbåndene var til hjelp for å få et reflektert forhold til data. Under veis i en utskrivningsprosess kan interessante problemstillinger gradvis bli synlige for en (Hammersley og Atkinson (1992: 149). Innledende ideer om faktorer av betydning for informantenes oppfatninger, ble senere undersøkt og underkjent eller underbygget av data og teori.

3.6.2 Fra tekst og tall til teori

Analyseprosessen foregikk som en gradvis fokusering fra starten av undersøkelsen. Hammersley og Atkinson (1992: 161) sier prosessen med gradvis fokusering innebærer at datasamlingen ledes av en uferdig, men eksplisitt identifikasjon av forskningstemaer, og at forskeren tvinges til en oppklaringsprosess. I utgangspunktet dannet temaguiden ledetråd for

datasamlingen. Ideelt sett burde hvert intervju resultere i en ferdigbehandlet resultatbeskrivelse og beskrivelse av denne delen av forskningsprosessen. I stedet for å stole på umiddelbar forståelse tvinges en slik til å spørre om "*hva en vet, hvordan denne kunnskapen er oppstått, graden av sikkerhet i det en vet, og hvilke utforskningsretninger som synes rimelige*" (op. cit.).

For å tillempe mer fokusert datasamling og deriblant utvikling av spørreskjema, gjennomførte jeg noe analyse direkte etter hvert intervju. De to første pasientintervjuene og de tre første fokusgruppe-intervjuene ble transkribert etter hvert som de ble gjennomført og gjort til gjenstand for foreløpig analyse. De etterfølgende intervjuene ble som en følge av dette supplert med et kvantitativt spørreskjema.

Med Grounded theory tilnærming styres datasamlingen av ledetråder eller ideer som forskeren får når datamateriale granskes og kodes (Strauss 1987, Holm og Schmidt 1995, Charmaz 1995, Starrin 1996). I de to siste fokusgruppe intervjuene med sykepleierne var jeg spesielt oppmerksom på om nye momenter kom inn i diskusjonene, noe som ikke skjedde slik jeg oppfattet intervjuene. Materialet er stort, og jeg anser det som et tilfredsstillende grunnlag for den kvalitative studien.

Koding og oppbygging av teori.

Å kode vil si å samle de deler av data som hører sammen under en og samme betegnelse (Strauss 1987). Kodeprosessen bidrar til en organisering av materialet i begrepsdunger. Koding er en prosess hvor data analyseres, betegnes med begreper, kategoriseres og bygges opp til teori (Holm og Schmidt 1995). Formålet kan være å bringe frem en grundig beskrivelse av et fenomen, eller å utvikle teori (op.cit.). Jeg hadde til hensikt å beskrive oppfatninger og erfaringer og utvikle teori grunnet i en avgrenset del av virkeligheten, det vil si substansiell teori grunnet i data.

Det er beskrevet flere teknikker til hjelp for denne type arbeid; fra enkle kodeteknikker hvor en noterer betegnelser for analytiske kategorier i margen på datautskriftene, til å bruke tekstbehandlingsprogrammer som sorterer materialet i tråd med en analytisk indeks som utvikles eller er forhåndsdefinert. Jeg valgte å bruke dataprogrammet QRS NUD-IST som teknisk hjelpemiddel. Programmet kan brukes til merking og sortering av materiale ut fra forhåndsdefinerte koder eller til utvikling av koder undervegs i analyseprosessen. Ethvert datasegment kan kodes for flere koder. Dette programmet er fordelaktig å bruke for å organisere data og vise den hierarkiske strukturen i kodeskjema som utvikles (Miles og Huberman 1994: 63). En kan dessuten arbeide med utvikling av parallelle grenstrukturer, noe som kan være nyttig undervegs før en kommer frem til en endelig begrepsmodell.

Med Grounded theory metode baseres analysen på tre former for koding av materiale; åpen koding, aksial koding og selektiv koding. De tre kodeformene står for tre forskjellige analyseprosesser, men de kan foregå samtidig. Med åpen koding menes å identifisere og definere dimensjoner og egenskaper ved fenomener som studeres. Kodeskjema med begrepsbetegnelser var ikke utviklet på forhånd, men ble utviklet på grunnlag av funn i materialet. Jeg så etter meningsbærende enheter som ble kodet, det vil si at de ble betegnet med begreper for det informantene formidlet.

I Grounded theory blir data i første omgang betraktet som foreløpige indikatorer for begreper. Senere blir utledning av begreper mer sikret. En sammenligner indikator mot indikator, det vil si datasegmenter mot datasegmenter, og tvinges til å bli konfrontert med likheter, ulikheter og grad av uensartethet eller overensstemmelse i mening mellom datasegmentene som indikerer en kode. Dette resulterer i frembringelse av en underliggende ensartethet som i sin tur resulterer i en kodet kategori (Strauss 1987: 25).

Den foreløpige analysen av de første intervjuene gikk ut på å kode data under samlebetegnelser. Dette ledet til en tematisk oversikt over informasjonen som kom frem i intervjuene. Senere ble denne prosessen gjentatt med større grundighet. Under den åpne kodingen anvender man en konstant sammenlignende metode, hvor data for samme kode sammenholdes for å se om de reelt dekker samme begrep. Data med forskjellige koder sammenlignes for å se om de har forskjellig innhold. Ut fra slike sammenligner ble nye koder utviklet og noe materiale ble omkodet. Etter hvert ble overordnede emnekategorier med et sett av egenskaper utviklet.

Et sett av begreper for data som gav indikasjoner på opplevelser av profesjonelt samspill ble utviklet ut fra de første intervjuene som ble analysert. Begrepssettet ble senere endret, i det noen nye koder for flere typer opplevelser og meninger om samspillet helsefremmende kvalitet ble opprettet når flere intervjuer ble analysert. Funn ble også sammenlignet med resultater fra spørreskjemaene. De siste intervjuene som ble analysert, brakte ikke inn mye nytt, men besørget større empirisk grunnlag for de antagelser jeg kom frem til gjennom analysen.

Utvikling av begrepsmodeller.

Metoden med koding og utvikling av en teoretisk begrepsmodell omfattet tre sekvenser eller steg; åpen koding, aksial koding og selektiv koding. Steget med åpen koding setter fokus på det som skjer i materialet (Strauss 1987). Neste steg i analyseprosessen, etter at begrepskoder er frembrakt, er å sammenligne begrepskodene med flere indikatorer, og gjøre kodene mer presise, slik at de passer best mulig til data de betegner (aksial koding). Formålet med aksial koding er å klarlegge forbindelser mellom de enkelte emnekategoriene. Omdreiningspunktet er den sentrale ideen hvor emnekategorier forsøkes plassert i forhold til denne sentrale ideen (Holm og Schmidt 1995). Under denne kodingen kaster en frem hypoteser om sammenhenger mellom forskjellige emnekategorier og ser etter om disse

sammenhengene finnes i data (op.cit.). For å få oversikt over innhold i materialet som kunne underbygge funn, brukte jeg også tabeller. Dette er noe Miles og Huberman (1994) anbefaler.

Med aksial koding så jeg etter hva som gikk igjen i intervjuene. Hva var felles for intervjuene og hva var forskjellig. Kunne jeg finne samle kategorier for det pasientene er opptatt av, og tilsvarende for det sykepleierne er opptatt av? Hypoteser om sammenhenger mellom begreper ble utviklet på grunnlag av informasjon i materialet, og denne ble sett i sammenheng med teori om fenomener informasjonen omhandlet. Hypoteser ble videre prøvet ut mot materiale fra nye informanter og fra resultater fra spørreskjemaundersøkelsen.

Det avsluttende steget i analysen betegnes selektiv koding. Hensikten er å skrive en analytisk historie som med utgangspunkt i en kjernekategori gjør rede for de teoretiske sammenhengene i materialet (Holm og Schmidt 1995). Et eksempel fra min analyse er redegjørelsen for helse relatert livskvalitet som kjernen for pasientenes behov for fire underkategorier støttende kommunikasjon (jfr. kapittel 4).

Den selektive kodeprosessen går ut på å gå igjennom det analyserte materialet for å se om det er nok empirisk grunnlag for antagelser som er fremkommet, og å vurdere hvorvidt begreper og sammenhenger er grunnet i eller forankret i materialet som helhet. Prosessen ledes av teoretisk sampling, det vil si en undersøkelse av om ens teorier eller antagelser er grunnet i datamaterialet. Kan jeg finne relevans for en kjernevariabel? Enkeltbegreper sammenlignes med andre begreper og hele materialet. For å komme frem til logiske konklusjoner, blir sett av fenomener identifisert som underkategorier av en mer generell kategori (Hammersley og Atkinson 1992: 175).

Hensikten med analyseprosessen beskrevet ovenfor er å utvikle teoretiske begreper med grunnlag i det empiriske materialet (Strauss 1987). Når jeg

arbeidet med kodingen av materialet brukte jeg både informantenes egne utsagn og teoretiske begreper som kodebetegnelser. Analysen ble grunnet i datamaterialet i den forstand at materialet brakte frem den informasjon som ble analysert. Men begrepsforståelse som ligger til grunn for kodebetegnelsene er min konstruksjon, og den er basert i min forutforståelse og studie av teori parallelt med analysearbeidet. Jeg så etter hvorvidt identifiserte begreper var beskrevet i litteraturen, og hvordan de var beskrevet. Resultatene er grunnet i empiri, og samtidig beskrives tolkninger som er grunnet i teori og fornuft.

3.7 Studiens troverdighet; dens styrke og svakheter

I kvalitative evaluerende studier kan tre forhold gi dataskjevheter som medfører fordreining av rapporterte funn (Patton 1990). *Situasjonene* kan innebære skjevheter (op.cit.). Dersom intervjuer har informert forståelig om undersøkelsens tema, kan en forvente at pasienter og sykepleiere beskriver opplevelser og meninger om kommunikasjonsforholdet i situasjoner hvor pasientene er innlagt i sykehuset, og det er opphav til kommunikasjon mellom de to partene. Ved hjelp av grundig informasjon til informantene om tema for undersøkelsen, samt tilbakemelding fra informantene om deres forståelse av temaet, er skjevhet er forsøkt unngått.

Skjevheter kan presenteres som følge av endringer som skjer i *tidsperioden* hvor undersøkelsen finner sted (op.cit.). Data fra personell og pasienter ble ikke samlet samtidig. Dersom det hadde vært mulig å gjennomføre, ville muligheten for skjevheter på grunn av tidsperioden bli redusert. Men jeg antar at praksis og kompetanse hos en yrkesgruppe samt kulturelt forankra verdier og meninger ikke endret seg svært mye i den tidsutstrekningen hvor data-samlingen ble foretatt.

Utvalgsskjevheter kan påvirke studiens funn (Patton 1990). Etter at kriteriene var gitt, fikk oversykepleiere i oppdrag å velge personene som deltok.

Formålet var styrende. Jeg mener utvalgs-strategien har ført til et utvalg som er informasjonsrikt med hensyn til de faktorer jeg hadde til formål å studere. Forhold ved utvalget som kan redusere validiteten kjenner jeg ikke til.

Generalisering av funn.

Når beslutninger vedrørende forholdene omtalt ovenfor er basert på problemstillingen, er spørsmålet hvorvidt funn kan generaliseres til andre situasjoner, tidsperioder, personer og kontekst (Patton 1990).

"Typologier bør ikke utvikles ut over de grensene dataene setter, heller ikke strekkes lenger enn deres analytiske verdi"

(Hammerslay og Atkinson 1992: 177).

At kvalitative studier ikke kan repliseres og etterprøves under helt de samme forutsetninger, kan betraktes som en uunngåelig svakhet. Under enhver omstendighet kan ikke en og samme situasjon komme igjen. Passert tid og hendelser er og blir historie. Men flere kasus har også replikasjon som hensikt (Skaalvik 1994). Samsvar med funn i andre studier i samme type kontekst kan dessuten styrke overførbarheten (op. sit.).

At data i det vesentlige baseres på lite strukturerte intervjuer og informantenes egne begreper ut fra erfaringer og praksis, anser jeg som en styrke. Bruk av kvantitative data for å underbygge hypoteser eller utvikle alternative hypoteser anser jeg også som en styrke. Viktige aspekter ved studiens troverdighet er beskrevet. Ærlige og grundige beskrivelser anser jeg som en styrke ved studien.

Jeg har ikke drøftet hvorvidt alternative tilnærminger ut fra andre teoretiske perspektiver ville ført til andre metodiske tilnærminger til problemstillingen. Utvikling av kompetanse påvirkes av individet selv og av miljøet rundt, og påvirkning betraktet som en kulturell maktfaktor, er eksempel på alternative

perspektiver. Jeg har ikke lagt vekt på ytre påvirkning som har konsekvenser for kultur og felles verdier, kunnskap og væremåte hos personer i kulturer.

Troverdighet.

Studiens troverdighet avhenger av flere forhold. *Tiltro* eller 'credibility' svarer til indre gyldighet (validitet) i kvalitative studier. Lincoln og Guba (1991: 301) viser til *fire* teknikker for å oppnå tiltro til studien. Lang tids engasjement som gjør det mulig å lære kulturen og teste desinformasjon er en teknikk.

Utholdenhet under observasjonen er en annen. Triangulering er en tredje teknikk de beskriver. Intersubjektiv forståelse er et uttrykk for hvorvidt en kan ha tiltro til studien. Dette fordrer at noen utenforstående sjekker studien. Dette kan bidra til raffinering av hypoteser og synliggjøre mere informasjon.

Aktiviteter som muliggjør testing av rådata og foreløbige funn (referential adequacy) og informantenes testing av funn og tolkninger skaper også tiltro til studien (ibid.). Deltakernes tiltro til data-analyse og resultatfermstilling er et uttrykk for tiltro som jeg ser som sentral.

Tiltro til studien.

Bånd eller tape forutsettes å gi troverdige, pålitelige data. Jeg har i stor grad brukt tapede rådata. Nøyaktighet under transkriberingen er tilstrebet, og teksten er flere ganger blitt sjekket opp mot bånd. Feltnotater er observasjonsdata som ble nedtegnet, og som ikke kan etterprøves. Her må en akseptere uunngåelige unøyaktigheter og stole på at nøyaktigheten av observasjonene er tilstrekkelige for studiens hensikt. Assisterende moderator skrev feltnotater som ble brukt under fokusgruppeintervjuene.

Den mest avgjørende måten for å etablere tiltro er at deltakere sjekker ut om de aksepterer data, analytiske kategorier, fortolkning og konklusjoner (Lincoln og Guba 1991: 314). Jeg skrev ned stikkord under pasientintervjuene, og oppsummerte jevnlig hva som til nå var tatt opp i intervjuene. Under fokusgruppeintervjuene ble notater som assisterende moderator skrev, brukt

som grunnlag for å oppsummere jevnlig, og oppklare uklarheter og fremme felles forståelse av hva som til nå var formidlet i intervjuene. Oppsummeringer gav informantene muligheter for å kommentere og utdype tema som var drøftet. Informantene kunne akseptere tilbakemeldingene fra intervjuerne eller oppklare og utdype meningsinnhold de hadde ment å formidle.

Jeg har ikke testet om informantene aksepterer analytiske kategorier, fortolkninger og konklusjoner, da det vanskelig lar seg gjøre, praktisk og forskningsetisk. Tiltro blir tilstrebet gjennom presentasjon av data, resultater og funn i seminarer for kreftpasienter og sykepleiere, og for andre interesserte. Under et seminar for kreftpasienter, har de tilstedeværende der gitt tilbakemeldinger på at de kjenner seg igjen i beskrivelser av ønsket og opplevet støttende samspill.

Undheim (1996) viser til fem hovedpunkter for kritiske holdninger og vurderinger av grundighet og sannhetsformidling i kvantitative opplysninger som formidles; systematisk observasjon, tilfeldige og systematiske feil, undersøkelsens form som forsøk eller passiv registrering, undersøkelsens omfang, størrelse og representativitet og resultatenes praktiske betydning. I spørreskjemaet har jeg brukt motsetninger (adjektivpar) for å nærme meg folks konnotasjoner. Jeg har også brukt spørrende utsagn med fem graderinger for svaralternativer. Spørreskjema er ikke brukt for å stille særlig spesifikke eller dyptloddende spørsmål, men for å utfylle og underbygge analysen av det kvalitative materialet. Skjema er ikke testet for tilfeldige eller systematiske feil, og det er ikke brukt i tidligere studier. Et vesentlig poeng her, er at dersom informantene ikke forsto spørsmålene, ble de bedt om å si i fra, slik at meningen kunne bli muntlig utdypet.

Undersøkelsen er ikke et forsøk, hvor respondenter utsettes for påvirkning. En vil alltid ha en viss påvirkning av at forskerne er tilstede og stiller spørsmål. Her var jeg bevisst på at jeg med alle fremgangsmåter skulle sørge for at

forskerpåvirkningen ble minst mulig og nøytral i forhold til oppfatninger om helsefremmende samspill.

Spørreskjema brukt til alle som deltok, og resultatene er representative for de to utvalgene. Jeg har ikke tilstrebet å få tilfeldige utvalg som er representative for alle kreftpasienter og alle sykepleiere. Informasjonen som er samlet gir derimot grunnlag for å utvikle datanær teori. Innhenting av fullstendig informasjon ble tilstrebet ved hjelp av blant annet valgte utvalgsstørrelser, oppmerksomhet mot metning og bruk av flere metoder for datasamling og analyse.

Foruten å bruke materiale fra to populasjoner; kreftpasienter i sykehus og sykepleiere i sykehus, brukte jeg materiale innhentet ved hjelp av flere metoder; intervju, fokusgruppeintervju og spørreskjema. Trianguleringen er ikke en strategi for å validere studien, men et alternativ til validering, hevder Denzin og Lincoln (1994). De hevder følgende om bruk av flere metoder:

” ... the use of multiple methods, or triangulation, reflects an attempt to secure an in-depth understanding of the phenomenon in question. Objective reality can never be captured. ... The combination of multiple methods, empirical materials, perspectives and observers in a single study is best understood, then, as a strategy that adds rigor, breadth, and depth to any investigation”
(Denzin and Lincoln 1994: 2)

Pålitelige sammenhenger i studien.

'Dependability' eller relevans og sammenheng i studien er også et uttrykk for studiers troverdighet (Lincoln og Guba 1991: 316). Begrepet kan sies å svare til reliabilitetsbegrepet i kvantitative studier. Tiltro forutsetter relevans.

Teknikker for å sikre relevans vil være slike som også sikrer tiltro. Sjekk av prosessen under analysen kan være en relevans-sjekk (op. cit.). Undervegs var

veiledning til god hjelp for å sjekke og få tilbakemelding om pålitelige sammenhenger i studien.

Overensstemmelse mellom funn og data.

'Confirmability' eller overensstemmelse mellom funn og data er en karakteristikk ved studieresultater. En eller flere 'audits' eller kritikere kan avgjøre om studien fremstiller funn som kan kobles tilbake til data. Slik kan en sjekke ut om funn og data er overensstemmende (Lincoln og Guba 1991: 318).

For å gjøre det mulig for leseren å foreta en kritisk vurdering av studien, har tilnærming, strategi, gjennomføring, systematisering, relatering og utvikling av kategorier blitt beskrevet så utfyllende som mulig. Beskrivende fremstilling med bruk av sitater har til hensikt å gi leseren mulighet for å bruke eget skjønn og gjøre egne vurderinger av fortolkninger som er gjort.

4.0 RESULTATER

Første del av dette kapitlet presenterer resultater fra kvalitative intervjuer og besvarelser av spørreskjema som er gjort med tjue pasienter med kreft.

Hensikten er å belyse hvordan kreftpasienter opplever kommunikasjonsforhold med sykepleiere i somatiske sykehusavdelinger, og å vise hva pasientene mener er utøvelse av sykepleie som faglig kommunikasjon med helsefremmende kvalitet. Videre presenteres resultater for pasientene og sykepleierne sine syn på helse og livskvalitet hos kreftpasienter i sykehus.

Siste del av kapitlet gir resultater fra gruppeintervjuer med tjue tre sykepleiere som arbeidet i medisinsk eller kirurgisk avdeling i sykehuset hvor pasientene som deltok i min undersøkelse, var eller hadde vært innlagt på grunn av kreft.

Her belyser jeg sykepleiernes syn på kommunikasjonsforhold med kreftpasienter, samt deres oppfatninger om kompetanse, læring og forutsetninger for å kommunisere med faglig kvalitet med kreftpasienter i sykehuset.

4.1 Koding og tekstnær analyse av pasientintervjuer

Intervjuer varierte i lengde fra ½ time til 1 ½ time. Følgelig bygger resultatene på varierende mengder av informasjon i de forskjellige intervjuene.

Som innledning til tekstanalysen ble transkribert tekst fra intervjuer med pasientene gjennomlest og korrigert for skrivefeil. Deretter ble teksten klargjort og overført til et dataprogram for tekstanalyse.

I den første analysen av tekst gikk jeg i gjennom hvert intervju for seg.

Tekstsegmenter ble kodet (merket) for tema pasientene uttrykte noe om. Jeg valgte å følge Miles og Huberman (1994: 80) sine anbefalinger om å gjøre oppsummeringer av tema for hvert case som ble undersøkt, og videre å sette opp en oversikt over innhold i alle intervjuene. Oppsummeringer av tema og problemer pasientene fortalte om ble notert ned.

Etter at intervjuene var avsluttet, ble pasientene bedt om å besvare spørreskjemaet. Spørsmålene dreide seg om forventninger pasientene hadde hatt til samspill med sykepleiere, og hvordan de hadde opplevet kommunikasjonen og kommunikasjonsforholdet med sykepleierne i sykehuset. Besvarelser fra den enkelte pasient ble sett i sammenheng med intervjudata for samme pasient. Resultater fra alle besvarelsene ble dessuten sett i sammenheng med resultatene fra analysen av hele intervjumaterialet. Hensikten med å bruke besvarelser fra spørreskjema i tillegg til intervjuer, var å underbygge antagelser fra tekstanalysen og oppdage mulige alternative betraktninger og hypoteser. Inntrykk, antagelser og spørsmål generert fra tekst og spørreskjema gav retning for nye steg i analysen.

Antagelser utviklet fra den første analysen ble i neste steg testet mot nye data. Funn underbygget av datamaterialet ble drøftet mot teori. Hensikten var å generere hypoteser og gradvis å bygge opp en begrepsmodell som var grunnet i datamaterialet.

For visuelt å skille mellom resultater og datanær drøfting i fremstillingen, bruker jeg linjeavstand 1/1 for tekst som viser resultater og eksempler fra datamaterialet, og linjeavstand 1 ½ i diskusjonen. Funn markeres med punkt • foran uthevet kursivert tekst.

Gruppering av pasientene ut fra hvor de var i forløpet.

Underveis i arbeidet med den første analysen vokste det frem en antagelse om at pasientenes syn på samspill hadde likhetstrekk, men og at meninger varierte alt etter hvor lang tid som var gått siden pasientene fikk beskjed om at de hadde kreft. For å undersøke antagelsen om forskjeller som hadde sammenheng med tidsforløpet, grupperte jeg informantene ut fra hvor de var i forløpet:

- Gruppe 1: Pasienter som fikk beskjed om diagnosen i løpet av siste måned.
- Gruppe 2: De som fikk beskjed om å ha kreft for mer enn en måned siden og opp til for et halvt år siden.
- Gruppe 3: Pasienter som fikk beskjed om kreft for mer enn et halvt år siden og opp til for ett år siden.
- Gruppe 4: Pasienter som fikk diagnostisert kreft for mer enn ett år siden.

Var det forskjeller mellom gruppene med hensyn til hvilke tema og type støttende kommunikasjon pasientene fokuserte på i intervjuene? Med den valgte gruppeinndeling av informantene, gav analysen en tematisk oversikt over hvilke problemer og hvilken støtte fra sykepleiere pasientene satte spesielt fokus på i intervjuene.

• ***Fra bearbeiding av å ha kreft til støtte for å beherske den nye situasjonen.***

Med gruppeinndeling av pasienter ut fra tid siden diagnosen ble kjent, mente jeg å se at pasientene i intervjuene var opptatt av følgende:

Gruppe 1 (pasienter som fikk kreft siste måned) hadde fokus på egne reaksjoner på å ha fått kreft, egne følelser og kontakt med nære pårørende. De var opptatt av sykepleiernes væremåte og måter å gi informasjon på.

Gruppe 2 (pasienter som fikk kreft for fra to til og med for seks måneder siden) fortalte om bekreftende støtte og instrumentell støtte. De var og opptatt av væremåten til sykepleierne.

Gruppe 3 (de som fikk kreft for mer enn ½ år siden og inntil for ett år siden) hadde fått instrumentell støtte. De beskrev sykepleiernes fremtreden som høflig og forekommende, men også preget av at de selv valgte hva de ville være behjelpelige med.

Gruppe 4 (pasienter som fikk kreft for mer enn ett år siden) fortalte om sykepleiernes fremtreden, væremåte og hjelp for at pasientene skulle trives og kjenne seg trygge i sykehuset. Pasientene hadde fått mye bekreftende støtte, instrumentell støtte og informativ støtte som var til hjelp for å fungere.

I det følgende blir pasienter i hver gruppe kort presentert for leseren, før data som underbygger ovenstående antagelser blir fremlagt på gruppenivå og illustrert med eksempler fra enkelt case.

Pasientene som fikk diagnostisert kreft siste måned.

Data for denne gruppen omfatter intervjuer med fem informanter; pasient nr. 3, 7, 12, 17 og 19. Pasientene presenteres i det følgende.

Pasient nr. 3. Informanten er en mann, ca. 60 år, gift. Han var pasient i kirurgisk avdeling, og lå til sengs under intervjuet. Han ble fort sliten, men ytret selv ønske om å gjennomføre intervjuet uten opphold. Pasienten hadde vært innlagt i sykehuset flere ganger til undersøkelse før han fikk beskjed om diagnosen. Det skjedde under en legevisitt under nåværende opphold i sykehuset.

Pasient nr. 7. Pasienten er mann, omtrent 65 år og gift. Han hadde vært i sykehuset til undersøkelse da han fikk beskjed om kreft. Pasienten reiste heim samme dag, og var heime fire dager før han ble innlagt i sykehuset til operasjon. Han var blitt operert for kreft, og var fortsatt pasient i kirurgisk avdeling da han ble intervjuet.

Pasient nr. 12. Pasienten er en mann midt i 50-åra, og han er samboende. Han var pasient i medisinsk avdeling. Diagnose for kreft hadde han fått opplyst om under dette sykehusoppholdet, etter innleggelse på grunn av sterke smerter.

Pasient nr. 17. Pasienten er en kvinne, omtrent 35 år og gift. Hun har vært pasient i kirurgisk avdeling, hvor hun ble operert for kreft. Hun var utskrevet fra sykehuset da intervjuet ble gjort.

Pasient nr. 19. Pasienten er en mann, omtrent 75 år, gift. Han var pasient i kirurgisk avdeling, og var sengeliggende på grunn av sykdommen på det tidspunktet da han ble intervjuet.

Tema som pasientene i gruppe 1 fokuserte på i intervjuene.

De fem pasientene i gruppen som hadde fått beskjed om å ha kreft i løpet av siste måned, var opptatt av hvordan de best kunne mestre den “omveltningen” det er å få kreft. Fire av de fem snakket om hvordan de fikk beskjed om å ha kreft, og om hvordan de reagerte på å få beskjed om dette. De gav uttrykk for at situasjonene med usikkerhet, frykt og håp, var slitsomme. Tankene arbeidet mye med det som var nytt og det som var ukjent.

To av disse pasientene hadde fått vite at de hadde kreft før de ble innlagt til behandling i sykehuset, men de visste ikke hvilken type kreft de hadde. De andre var pasienter i sykehuset da de fikk vite at de hadde kreft. Alle var opptatt av “å vite og forstå - problemer” og hvordan de kunne få god informativ støtte fra sykepleiere. De fortalte om forskjellige hendelser for å illustrere hva som hadde betydning for dem. En pasienten i gruppen fortalte ikke om når/hvordan han fikk informasjon om å ha kreft, men derimot om at han hadde snakket mye med en klok sykepleier om sykdommen og om sine opplevelser i tida like etter at han fikk vite at han hadde kreft.

Tre av disse fem informantene gav direkte uttrykk for at de reagerte følelsesmessig; de gråt og var “frøyn” (reagerte lett emosjonelt). De kommuniserte behov for emosjonell støtte. Pasientene fortalte om gode og mindre gode opplevelser av å bli vist omsorgsfull støtte fra sykepleiere. Berøring, oppmuntring og en lett, ikke for alvorlig tone, er eksempler på opplevelser av kommunikasjon som virket beroligende. Mindre gode opplevelsene gikk på å savne noen som kunne være til stede når behovet var der, og på “trøstende” utsagn som ikke virket som trøst. En pasient så sykepleietjenesten i et samfunnsperspektiv, og pekte på betydningen av personlige valg og selvbestemmelse når en er i pasientrollen.

Pasientene i denne gruppen gav naturlig nok uttrykk for at støtte fra deres nære pårørende var viktig for dem. En pasient fortalte ikke om støtte fra pårørende, men om sterke følelsesreaksjoner hos de heime. To fortalte at deres ektefeller var i sykehuset. En fortalte om telefonisk kontakt med ektefellen flere ganger om dagen; det var det som holdt ekteparet oppe nå. Sykepleierne støttet de sosiale relasjonene ved å tilrettelegge for kontakt. En informant var opptatt av at han selv skulle informere sine nærmeste, og at familien måtte takle dette sammen. Han understreket at situasjonen var et familieanliggende

Pasient nr. 3 var en av dem som fortalte om uvurderlig støtte fra de nærmeste pårørende. Han gav uttrykk for at det var hardt å få beskjed om å ha kreft, og at han ble liggende alene og tenke på dette inntil kona kom to døgn senere. Sykepleierne sørget for enerom og seng til kona. En ukes tid senere fikk han beskjed om at det gikk an å operere for å gjenopprette en dreناسje som var stoppet. Da gråt han og kona sammen av glede. Følelsene fikk fritt løp; “det måtte ut”.

Pasienter med kreft diagnostisert for mer enn en måned siden inntil for ½ år siden.

Data for informanter med kreft diagnostisert for mer enn en måned siden og inntil for et halvt år siden omfatter tekst fra intervjuer med pasient nr. 8, 14, 15 og 16.

Pasient nr. 8.

Pasienten er mann, omtrent 55 år og gift. Denne pasienten var til undersøkelse i sykehuset da han fikk diagnostisert kreft. Han ble innlagt 16 dager senere til operasjon. På intervjutidspunktet gikk pasienten til poliklinisk kontroll.

Pasient nr. 14.

Pasienten er en skilt kvinne i 35 års alderen. Hun fikk diagnostisert kreft for omtrent to måneder siden, og ble etter det innlagt i sykehuset til operasjon. Hun var til poliklinisk kontroll da intervjuet ble gjort.

Pasient nr. 15.

Pasienten nr. 15 er en kvinne, omtrent 55 år og gift. Hun fikk informasjon om kreftdiagnosen for 5 måneder siden, og ble innlagt i kirurgisk avdeling for operasjon, for senere å bli fulgt opp i polikliniske konsultasjoner.

Pasient nr. 16.

Pasienten er en 40 år gammel gift kvinne. Hun har vært pasient i kirurgisk avdeling hvor hun ble operert for brystkreft for omtrent ½ år siden.

Tema pasientene i gruppe 2 fokuserte på i intervjuene.

Gruppe to, med pasienter som fikk vite diagnosen for to til seks måneder siden, kan ha lagt den første reaksjonen på å ha kreft bak seg. Ingen av de fire gav uttrykk for å være spesielt engstelige etter at de fikk diagnosen. To sa de hadde vært litt nervøse eller “småredde”. En syntes det var ubehagelig da han fikk vite mer om kreften mens han var nyoperert. Han fikk da god hjelp fra en sykepleier som roet ham ned. (Pasienten fikk ikke kurativ, men lindrende behandling på intervju-tidspunktet.) De andre i denne gruppen gav uttrykk for at frykt og følelsesmessige problemer var et “ikke-problem”. De hadde ikke hatt behov for spesiell informativ eller emosjonell støtte fra sykepleiere i forhold til det å få kreft. De snakket med leger om slike ting. En visste mye om sykdommen på forhånd, fordi en venninne også hadde den samme type kreft.

Disse pasientene rettet oppmerksomheten mot samtaler med sykepleierne om det som skulle skje og om praktiske ting. God informasjon førte til at pasientene visste hva de skulle forholde seg til. Kommunikasjonen var betryggende og pasientene fikk god oppfølging. Sykepleierne så ofte til pasientene og viste med sin væremåte at de ville ta vare på pasientene. Sykepleierne spurte om hvordan pasientene hadde det og oppfordret til å spørre dersom de ville vite mer om noe. Sykepleierne viste evne til å gi kroppskontakt når det var ønsket, og ikke til de som ikke ønsket dette. Gjennomgående er inntrykket at pasientene opplevde sykepleiernes væremåte, informasjon og oppmerksomhet som god. En pasient hadde opplevd en sykepleier som sur. Pasienten henvendte seg helst ikke til vedkommende.

Pasienter som fikk diagnostisert kreft for mer enn et halvt år inntil for ett år siden.

Intervjuer ble her gjort med tre pasienter; nr. 5, 18 og 20.

Pasient nr. 5.

Pasienten er en kvinne på omtrent 65 år. Hun ble enke forrige år, og fikk diagnostisert kreft omtrent samtidig med at hun mistet ektemannen. Da intervjuet ble gjort, var pasienten innlagt i medisinsk avdeling. Pasienten kjente seg usikker på fremtiden, både fordi hun var blitt alene og fordi hun hadde kreft som fortsatt måtte behandles.

Pasient nr. 18.

Pasienten er en omtrent 55 år gammel gift kvinne. Hun har pasienterfaringer fra kirurgisk avdeling, hvor hun ble operert for kreft for snart ett år siden. Nå følges hun opp poliklinisk.

Pasient nr. 20.

Pasienten er en vel 80 år gammel gift mann. Han hadde erfaringer fra samspill med sykepleiere i medisinsk avdeling, hvor han hadde et nytt opphold da intervjuet ble gjort.

Tema pasientene i gruppe 3 fokuserte på i intervjuene.

Pasienter i gruppe 3 fortalte om kontakt med høflige sykepleiere som de ikke ble nærmere kjent med. Sykepleiere var forekommende og imøtekommende. De “for og sprang” og gjorde jobben sin. De var blide og roet ned pasientene, til tross for høyt arbeidspress. De gav pasientene opplevelse av en viss trygghet. Pasientene så på sykepleierne som servicepersonell som de ikke ble nærmere kjent med.

To av de tre mente en måtte se nøkternt på situasjonen med kreft, mens en hadde vært i en spesielt vanskelig situasjon da hun fikk diagnosen. Denne pasienten hadde ønsket seg støtte og hjelp til å bli beroliget og til å orientere tankene mot å se fremover. Sykepleierne unngikk dette temaet. Pasienten pekte på at sykepleiere hadde makt til å velge hva de ville hjelpe henne med. Hun opplevde ikke å få positiv respons og støtte i forhold til den sosiale endringen i hennes liv.

Pasienter som fikk diagnostisert kreft for ett år siden eller mer.

Denne gruppen pasienter som består av åtte informanter med kreft diagnostisert for mer enn ett år siden, er pasient nr. 4, 6, 11 og 22 med erfaringer fra kirurgisk avdeling og pasient nr. 9, 10, 13 og 21 med pasienterfaringer fra medisinsk avdeling. Pasient nr. 9 oppga å ha erfaring fra å være pasient i både medisinsk og kirurgisk avdeling.

Pasient nr. 4.

Pasienten er en ugift kvinne på vel 50 år. Hun var pasient i kirurgisk avdeling. Pasienten var nå i sykehuset og fikk lindrende behandling. Utskriving var planlagt i påvente av at hun skulle få en egnet leilighet klar på hjemstedet.

Pasient nr. 6.

Pasienten er en omtrent 85 år gammel kvinne. Hun ble enke for ett år siden. Hun hadde fått diagnostisert kreft for 3 ½ år siden og var blitt operert. For ½ år siden begynte det å gå nedover igjen, og pasienten var nå på nytt blitt operert og lå i kirurgisk avdeling.

Pasient nr. 11.

Pasienten er en enslig kvinne på 70 år. Hun har pasienterfaringer fra kirurgisk avdeling hvor hun ble operert for kreft med spredning for omtrent to år siden. Pasienten var til poliklinisk kontroll da intervjuet ble gjort.

Pasient nr. 22.

Pasienten er omtrent 65 år og enkmann. Han hadde erfaringer fra å være pasient i kirurgisk avdeling ved flere anledninger, og var operert flere ganger på grunn av kreften. Da intervjuet ble gjort, gikk han til polikliniske kontroller og fikk lindrende behandling.

Pasient nr. 9.

Pasienten er snart 80 år og er enke. Hun fikk diagnostisert kreft for vel 5 år siden og har vært pasient i både medisinsk og kirurgisk avdeling. Pasienten fikk lindrende behandling for kreften på den tida da intervjuet ble gjort.

Pasient nr. 10.

Pasienten er omtrent 55 år, mann, og han er skilt. Han var pasient i medisinsk avdeling i forbindelse med en cellegiftkur da intervjuet ble gjort. Han fikk diagnostisert kreft for mer enn fem år siden, og var etter det blitt operert to ganger.

Pasient nr. 13.

Pasienten er en gift kvinne, omtrent 65 år gammel. Pasienten fikk lindrende behandling for kreften, og var pasient i medisinsk avdeling da intervjuet ble gjort.

Pasient nr. 21.

Pasienten er en snart 60 år gammel gift kvinne. Hun hadde hatt kreft i mer enn fem år, og fikk jevnlig medisinsk behandling for den. Nå var hun pasient i medisinsk avdeling.

Tema pasientene i gruppe 4 fokuserte på i intervjuene.

Den siste gruppen pasienter er de som har hatt kreft i mer enn ett år. Tre har hatt kreft i mer enn fem år. Disse pasientene snakket ikke spesielt om situasjonen da de fikk kreft, og heller ikke om fremtidsutsikter i nåværende situasjon. Pasientene fortalte om måter sykepleiere viste interesse, omsorg og praktisk hjelp på. De pekte på at det var viktig å trives i hverdagen i sykehuset. Her var hverdagsprat og god kontakt noen stikkord. Sykepleiere var trivelige og forekommende. Noen sykepleiere viste pasientene mye omsorgsfull interesse, mens andre var mer opptatt av praktiske oppgaver.

Noen pasienter fortalte at de samtalte med leger om sykdommen og om fremtiden. Andre samtalte noe med sykepleiere om slike tema. Ingen i denne gruppen gav uttrykk for at de snakket med sykepleiere om følelser; - det var en privat side som sykepleiere "holdt seg unna". Pasientene satte pris på omsorg sykepleiere viste gjennom å gjøre "småting" og vise ansvarlighet. God kommunikasjon med sykepleierne gav opplevelse av trygghet, og det førte til at en spekulerte mindre, sa en pasient. Disse pasientene fikk støtte for å fungere i hverdagen. God opplæring i å skifte pose på "utlagt tarm", var et eksempel på slik hjelp til selvhjelp som pasient nr. 22 fremhevet.

Informanter i denne gruppen tok opp at diskresjon og overholdelse av taushetsplikten er kvaliteter ved sykepleie. Dessuten pekte flere pasienter på behov for ro og hvile når en var svært dårlig. Da betydde egnede pasientrom mye. Pasienter i denne gruppen nevnte mer om plager og smerter som følge av sykdom eller behandling enn pasienter som hadde fått kreft for kortere tid siden. De fortalte om støtte fra sykepleiere når de hadde smerter, var kvalme eller var hemmet av lammelser.

Pasientene i denne gruppen syntes å være tilfreds med kommunikasjonsforholdet og støtten de opplevde fra sykepleierne. Generelt var sykepleierne ansvarlige, blide, vennlige og interesserte, med en fin væremåte. Noen pleiere virket mer opptatt av praktiske oppgaver enn av kommunikasjon med pasientene. Pasientene gav inntrykk av å ha tillit til måten sykepleiere utfører praktiske oppgaver på.

Likheter og forskjeller mellom grupper på forskjellige steder i tidsforløpet.

Var det forskjeller mellom gruppene med hensyn til hvilke tema og typer støtte de fokuserte på i intervjuene? Det innledende steget av analysen viste at det var forskjeller mellom pasientene i gruppe 1 og pasientene i de andre gruppene med hensyn til hva de satte mest fokus på i intervjuene. Det var særlig forskjell mellom gruppe 1 og de andre gruppene med hensyn til hvor

mye pasientene fortalte om psykiske reaksjoner på den nye situasjonen med kreft. De fortalte om opplevelser og reaksjoner de første dagene like etter at de fikk beskjed om kreft. Dette var en slitsom periode hvor alle unntatt en gav uttrykk for at de hadde savnet noe støtte fra sykepleiere. Informasjon for å vite og forstå situasjonen var vesentlig på denne tiden i forløpet. Alle var opptatt av måten sykepleiere viste interesse og omsorg på, men pasientene i gruppe 1 var mest opptatt av måten *informasjon* ble gitt på.

Pasientene i gruppe 2 rettet fokus noe mer mot væremåten hos sykepleierne, enn mot egne reaksjoner på å få kreft. De så sykepleierne som servicepersonell som var arbeidssomme og gav betryggende omsorg. De nevnte forskjellige typer situasjoner hvor sykepleiere gav informativ, medisinsk eller praktisk hjelp. Informasjon som ble gitt var til hjelp i hverdagen, og hadde følgelig karakter av praktisk støtte. En pasient som hadde fått kreft samtidig med at mannen hennes døde, pekte på noen spesielle problemer, og informasjonen hun gav i intervjuet viser at livssituasjoner kan ha stor betydning for hvordan kreftpasienter opplever situasjonen med kreft, og hvordan de opplever den støtte de får fra sykepleiere.

De andre pasientene i gruppe 2 hadde lagt de første reaksjonene på å ha kreft bak seg på slik måte at de la mindre vekt på dem i intervjuene. Det samme gjaldt for pasientene i gruppe 3 og gruppe 4. Gruppe 4 hadde flest informanter. De åtte pasientene i gruppen gav i intervjuene informasjon om flere typer sykepleiefaglig støtte som var til hjelp for at pasientene kunne mestre ulike situasjoner i sykehuset. Noen pasienter var blitt friske av kreften. Noen var blitt syke på nytt, mens andre fikk lindrende behandling fra starten av. Flest pasienter som fikk lindrende behandling på den tida da de ble intervjuet, befant seg i gruppe 4. To av de pasientene dette gjaldt fortalte at de opplevde fremtiden som usikker. Andre gav uttrykk for at de kunne leve med kreft uten å ta dette “for alvorlig” i hverdagslivet. Hovedinntrykket var at det å fungere i hverdagen betydde mye for disse pasientene.

Pasienter i alle fire grupper gav uttrykk for at de generelt var tilfredse med kommunikasjonsforholdet med sykepleierne. Den innledende analysen gav støtte for en antagelse om at pasientene tidlig i forløpet hadde behov for mer informativ støtte som hjelp til å forstå og bearbeide reaksjoner på å ha kreft, enn tilfellet var med pasienter i senere faser. Analysen viste og at støttende kommunikasjonsforhold ble verdsatt uavhengig av hvor lang tid som var gått siden pasientene fikk kreft. Det ble pekt på ønsker og behov for informativ-, instrumentell-, sosial/kulturell- og emosjonell støtte. De fire typer sosialt støttende kommunikasjon er beskrevet i teoridelen (jfr. kapittel 2.6). I neste steg av analysen, ble pasientperspektiver på kommunikasjonsforholdet og dets kvalitet og betydning nærmere undersøkt. Hovedfunn fra pasientmaterialet, og resultater som underbygger funn, er tema for kapittel 4.2.

4.2 Støtte gjennom kommunikasjon

For å få forståelse av kreftpasientenes syn på helsefremmende samspill med sykepleiere i kirurgiske eller medisinske sykehusavdelinger, ble pasientmaterialet undersøkt med henblikk på å belyse pasientenes opplevelser av kommunikasjonsforholdet med sykepleierne og deres vurdering av om den sykepleiefaglige kommunikasjonen er av en slik kvalitet at den har ønskede effekter for dem. Kapittel 4.2 omhandler denne delen av analysen. Opplevde pasientene samspillprosesser som innfridde de forventninger de hadde til sykepleiefaglig hjelp og støtte? Hvilke typer støtte ønsket kreftpasienter fra sykepleiere da de var pasienter i sykehuset? Resultater viser pasientenes syn på samtaler med sykepleiere om nylig oppdaget kreft. Pasientenes meninger om informativ støtte for å vite og forstå hva som skjer i sykehuset, og deres meninger om sosial og emosjonell støtte samt praktisk hjelp og støtte blir belyst i dette kapitlet. I tråd med stegene i analysen, er kommunikasjonsforholdets helsefremmende betydning tema i det etterfølgende kapittel 4.3.

Resultater fra både intervjuer og besvarte spørreskjemaer ble brukt i analysen. Spørreskjemaene skulle gi informasjon for å utvide spekteret og fylle “huller” i det kvalitative materialet, i tillegg til å underbygge informasjon fra intervjuene. Tallmaterialet gir muligheter for sammenstillinger og sammenligninger, og for å kombinere variabel-orienterte og case-orienterte strategier. Jeg innleder beskrivelsen av denne delen av analysen med resultater fra undersøkelsen av pasientenes syn på kommunikasjon som fokuserte på kreften. Funn fremstilles markert med • foran uthevet kursivert tekst, og de underbygges med resultater fra datamaterialet, før påfølgende drøfting.

4.2.1 Samtaler om nylig oppdaget kreft

Det er leger som skal informere pasienter om diagnoser og behandling, og sykepleiere bør følge opp informasjonen fra legen (Hirsch o.fl. 1998) og gi

støtte. Dersom slik oppfølging skal omfatte gjentagelser av informasjonen legen har gitt, er det en forutsetning at sykepleieren har kjennskap til hva som er blitt sagt. Ønsker pasientene et slikt tilbud? Hvordan forholder pasientene seg til å kommunisere med sykepleiere om sykdommen?

- ***Funn viser at samtaler om kreften var særlig ønsket i tida da diagnosen ble stilt, og at pasienter generelt ønsket å samtale mer og direkte med sykepleiere om sykdommen.***

Samtaler om sykdommen var ønsket uavhengig av hvor pasientene var i sykdomsforløpet, men intervjuene viste at pasientene var særlig opptatt av samtaler om sykdommen like etter at de hadde fått vite fra lege at de hadde kreft. Pasientene beskrev tre typer opplevelser av oppfølging eller manglende oppfølging:

- Oppfølging etter første informasjon oppleves tilfredsstillende.
- Oppfølging etter beskjed om kreft ønskes, men oppleves ikke.
- Oppfølging skjer, men oppleves ikke som tilfredsstillende.

I det følgende beskrives besvarelser på spørsmål om hvor mye pasienter ønsket å samtale med sykepleiere om sykdommen, og deretter underbygges funn av tre typer opplevelser med data fra intervjuene.

Pasienter ønsker å samtale ganske lite til svært mye om sykdommen.

Pasientene besvarte spørreskjema med spørsmål om de ønsket å snakke svært mye, ganske mye, noe, ganske lite eller svært lite/helst ikke med sykepleiere om sykdommen. De ble også spurt om hvor mye de reelt snakket med sykepleierne om sykdommen. Dette gav følgende resultater.

Tabell 1. Kommunikasjon med sykepleiere direkte om sykdommen; ønsker og realiteter.

<i>Kommunikasjon om sykdommen</i> <i>n=20</i>	<i>Ønsket</i>	<i>Reelt</i>
	<i>antall svar (svarfordeling)</i>	<i>antall svar (svarfordeling)</i>
<i>0 ikke/svært lite</i>	0 (0%)	3 (15%)
<i>1 ganske lite</i>	3 (15%)	3 (15%)
<i>2 noe</i>	7 (35%)	8 (40%)
<i>3 ganske mye</i>	7 (35%)	5 (24%)
<i>4 svært mye</i>	3 (15%)	1 (5%)
<i>Middelverdi (M)</i>	2,5	1,9

Som tabell 1 viser, ønsket alle direkte kommunikasjon om sykdommen med sykepleierne. Ti pasienter (50%) ønsket å samtale ganske mye til svært mye med sykepleierne om dette, og syv pasienter ønsket å samtale noe med sykepleierne om sykdommen. Reelt ble det samtalt mindre om sykdommen enn pasientene ønsket.

Pasientene ble også spurt om deres ønsker og erfaringer av indirekte kommunikasjon om sykdommen. Tendensen er at pasientene ønsket ganske lite eller noe indirekte kommunikasjon om sykdommen med sykepleierne.

Tabell 2. Kommunikasjon med sykepleiere indirekte om sykdommen; ønsker og realiteter. _

<i>Indirekte om sykdommen</i> <i>n=20</i>	<i>Ønsket</i>	<i>Reelt</i>
	<i>antall svar (svarfordeling)</i>	<i>antall svar (svarfordeling)</i>
<i>0 ikke/svært lite</i>	3 (15%)	5 (25%)
<i>1 ganske lite</i>	6 (30%)	3 (15%)
<i>2 noe</i>	7 (35%)	8 (40%)
<i>3 ganske mye</i>	4 (20%)	3 (15%)
<i>4 svært mye</i>	0 (0%)	1 (5%)
<i>Middelverdi (M)</i>	1,6	1,6

Som det fremgår av tabell 2, ønsket pasientene ganske lite/noe indirekte kommunikasjon om sykdommen. Det svarer til hva de erfarte. Pasientene opplevde mer direkte enn indirekte kommunikasjon om sykdommen, noe som var i tråd med deres ønsker.

Tilfredshet med opplevet oppfølging etter informasjon om kreft.

I to intervjuer fant jeg kjennetegn på tilfredshet med oppfølging etter å vite kreftdiagnosen. Pasient nr. 4 hadde erfart at sykepleiere fulgte opp med samtaler etter at hun fikk informasjon om kreft, og hun hadde opplevd dette som positivt;

det er jo klart at når du får en sånn diagnose
så er det jo klart det at det har mye å si hvordan personalet tar det da
ja og det - nei det gikk veldig fint altså ...
ja det var helt fantastisk - jeg trodde ikke at det gikk an jeg.

Hun mente måten personalet tar det på har stor betydning for at det skal gå bra for pasientene. Personalet ved denne avdelingen var “helt fantastisk”, og hun hadde ikke hatt forventninger om at det gikk an å være slik. Helt fra starten av viste sykepleierne interesse. Pasienten mente det var bedre å snakke om kreften enn å holde den skjult, og hun snakket selv åpent om at hun hadde kreft.

Pasient nr. 20 hadde opplevd at sykepleierne fulgte opp etter den første informasjonen om kreft, og det hadde roet ham ned. Personalet informerte på en “lett måte”. Pasienten hadde kreft med spredning, men den var “til å leve med en viss tid”, sa han.

Oppfølging ønskes, men oppleves ikke.

Tre pasienter, nr. 7, 8 og 17, mente oppfølging som støtte kunne vært til hjelp i periodene når de var hjemme og ventet på innleggelse for behandling av kreft. De hadde fått beskjed om kreft når de var til undersøkelser som ble utført poliklinisk i sykehuset. En informant (nr. 3) som var innlagt i sykehuset savnet støtte etter at han fikk beskjed om kreft under en legevisitt.

Pasient nr. 7 mente det manglet et oppfølgingsledd mellom den polikliniske konsultasjonen og innleggelsen. Han mente han burde hatt noen å kontakte og samtale med i perioden da han var hjemme og ventet på innleggelse i sykehuset. På spørsmål om det var noen situasjoner pasienten spesielt husket, svarte han ja;

det var det at jeg hadde svulst også ble sendt hjem herfra -
da var det tussig til meg ...
ja jeg var hjemme noen dager da vet du -
der manglet det kanskje noe som -
jeg skulle ha hatt noe kontakt etter at jeg kom hjem ...
jeg reiste hjem samme dag som jeg fikk se at det var svulst ja.

Han rakk ikke å reagere da han ble informert om kreften, men begynte å gruble på bussen hjem. Tankene satte seg fast. I det private nettverket opplevde denne pasienten følelsesmessige reaksjoner, heller enn å få støtte. Denne pasienten ønsket å snakke svært mye direkte med sykepleierne om sykdommen. Han krysset av for at de samtalte noe om dette temaet. De første dagene etter at han ble innlagt i sykehuset, hadde personellet snakket mye om kreften. Etter disse samtalene ble det bedre å være til.

Pasient nr. 8 så ikke bort fra at tiden fra han fikk beskjed om kreft og til innleggelsen i sykehuset, var en tid hvor det hadde vært greit å ha noen å samtale med, og hatt støtte fra sykepleiere som hadde erfaring med slikt. Men pasienten sa denne venteperioden var kort, så han rakk ikke å grue så lenge mens han ventet og samtidig vennet seg til tanken:

og det var jo mer som et sjokk da selvsagt,
men det gikk jo greit for såvidt det også etter hvert -
når en begynte å svelge det da.

På spørreskjemaet krysset denne pasienten av for å ønske mye kommunikasjon direkte om sykdommen med sykepleierne, men reelt samtalte de ganske lite om den. Han viste til en spesielt positiv erfaring fra samtaler med en sykepleier om kreften. Dette skjedde i tiden like etter at pasienten var operert.

Pasient nr. 17 var også hjemme i tiden fra hun fikk beskjed om kreft og inntil hun ble innlagt til kirurgisk behandling. Hun opplevde det svært "tøft" å ha fått kreft uten å vite noe om hvilken type og ikke noe om prognosen. Hun mente det kanskje kunne ha vært bedre hvis hun hadde visst litt mer om den kreftformen hun hadde. Det fantes flere typer av den. Det er mulig denne pasienten siktet til ønske om mer informasjon gitt fra lege, heller enn fra sykepleier. Hun krysset av for både å ønske og oppleve ganske mye kommunikasjon om sykdommen med sykepleierne da hun var i sykehuset.

Pasient nr. 3 var innlagt i sykehuset, og savnet støtte umiddelbart etter at han under en legevisitt hadde fått beskjed om kreft. "Det var ikke mer å si", så pasienten etterspurte ikke mer informasjon om fakta. Han behøvde noen som var der når han ble liggende alene og tenke. Pasienten var tilfreds med den støtte han fikk av sykepleierne senere. Han ønsket bare å snakke ganske lite med sykepleierne om sykdommen. Det ønsket så ut til å være innfridd.

Oppfølging ønskes men oppleves ikke tilfredsstillende.

Pasient nr. 12 og nr. 5 gav ikke uttrykk for å være tilfreds med all oppfølging de fikk. De to krysset av ulikt med hensyn til hvor mye de ønsket og opplevde å samtale med sykepleiere om sykdommen. Nr. 12 ønsket ganske lite kommunikasjon med sykepleierne om sykdommen, men opplevde at de

snakket ganske mye om den. Nr. 5 ønsket ganske mye kommunikasjon om sykdommen, men opplevde at dette forekom svært lite/ikke i det hele tatt.

Pasient nr. 12 ble innlagt i sykehuset for å finne årsaker til og få behandling for sterke smerter. Han ville gjerne ha hatt mere informasjon om de undersøkelsene som ble gjort. En undersøkelse som ble foretatt viste seg i ettertid å være en “kreftundersøkelse”. Det kom som et sjokk på pasienten da han skjønnte hva personellet hadde holdt på med. Pasienten trodde han ble utredet med tanke på muskel/skjelett sykdom, mens personellet hadde arbeidet ut fra antagelser om kreft. Han opplevde at sykepleierne visste mer om ham enn han selv gjorde:

føler vel på en måte at de har visst det eller sett det i litt lengre tid da.

Pasienten mente han var blitt skremt uten grunn av fremgangsmåten med informasjon til ham i etterkant av undersøkelsene. Når sykepleiere spurte denne pasienten om noe som angikk hans situasjon, var han opptatt av om de spurte for hans skyld eller ikke. Og hver gang det kom en sykepleier, så ble det “alvorsord”. Pasienten var ikke så sikker på om det var det alvorsordet han trengte. For ham var det viktigere å fungere enn å akseptere kreften. Og da virket det som om pasienten og sykepleierne ikke hadde samme oppfatning av hva han trengte. Denne pasienten kan ha opplevd sykepleiernes eventuelle forsøk på støtte som overgrep.

Pasient nr. 5 hadde vært i en spesiell livssituasjon da hun fikk kreft, fordi ektemannen ble syk og døde. Hun visste ikke hvordan hun hadde klart å få til begravelsen:

inni meg selv var det vilt kaos og -
hva skal jeg bry meg om først og sist
hvordan skal jeg fårrå å (bære meg ad).

Hun mente det var en vanskelig situasjon for personellet også. Selv “ropte hun på hjelp”, og ønsket at de skulle fortelle hva de mente, selv om dette var noe hun ikke ønsket seg, og i det minste om de trodde hun hadde noen som helst sjanse. Når hun nå et år etterpå var pasient i sykehuset, syntes hun sykepleierne snakket for mye om sykdommen. Hun var mer opptatt av hvordan hun skulle innrette seg i livet sitt i den fremtiden hun hadde.

Drøfting av resultatene.

Data tyder på at pasientene opplever støtte som hjelp for å fungere kognitivt og emosjonelt dersom sykepleiere viser oppriktig interesse og både sykepleier og pasient kommuniserer åpent om kreften. *Måten* sykepleiere er på når de viser interesse, synes å være vel så viktig som innholdet i det sykepleierne

sier. Gode opplevelser av oppfølgingsamtaler synes å ha sammenheng med at sykepleiere gir bekreftende støtte og viser vilje til å hjelpe pasientene gjennom åpen og forståelig, "lett" kommunikasjon om det pleierne vet om pasientens sykdomssituasjon.

Materialet har vist at pasientene etterspør støtte og noen å snakke med som har erfaring med slike hendelser. De viser til sykepleiere som aktuelle hjelpere. Det ser jeg som forventninger til sykepleie som emosjonelt og sosialt bekreftende støtte, og ikke bare informativ støtte. Når "tankene setter seg fast", kan det å få fortelle om betydningsfulle hendelser til noen som viser forståelse, men som ikke er sterkt følelsesmessig engasjert og involvert i pasientens liv, lette bearbeidingen av kunnskapen om å ha kreft. Å få diagnosen kreft er en beskjed som betyr et sjokkerende brudd på det vanlige livet til pasienten.

Pasienter som ikke fikk, men som ønsket faglig oppfølging, hadde kommet gjennom bearbeidingen uten støtte, men de mente at prosessen ville ha blitt mindre besværlig med slik hjelp. Det burde finnes muligheter for å velge å få slik støtte. Dersom sykepleierne ikke er tilstede når pasienten får første beskjed om kreft fra legen, ser jeg det som noe problematisk for sykepleiere å gi informasjon om prognoser og typer kreft på et faglig forsvarlig grunnlag. Men formidling av medisinsk informasjon synes ikke å være det som etterspørres her. Derimot synes det som bearbeidingsprosessen ville blitt mindre besværlig dersom pasientene fikk tilbud om klinisk veiledning som hjelp til selvhjelp med å forstå medisinsk informasjon rett og bearbeide reaksjoner på informasjon som alt var blitt gitt.

Tilstrekkelig og tilfredsstillende faglig støtte som oppfølgingshjelp til pasienter mens de var i utredningsfasen, ble ikke gjennomgående dokumentert i pasientmaterialet. To pasienter vurderte oppfølgingen som mindre

tilfredsstillende. De opplevde usikkerhet som følge av mangel på kontroll over hva som skjedde i deres liv.

Det synes å være behov for å gi mer løpende informasjon til pasientene om undersøkelser som planlegges. En pasient opplevde at personellet foretok medisinske undersøkelser som han trodde hadde andre hensikter enn de “faktisk” hadde. Han ville nok ha valgt å få undersøkelsene gjort om han visste det dreide seg om “kreftundersøkelser”, men han ble ikke gitt muligheter til å foreta slike valg. For å forstå hva personellet holder på med, ønsket flere pasienter mer løpende informasjon om hva som ble planlagt undersøkt og hvilke sykdommer man “så” etter i diagnosefasen. Antagelser om at sykepleiere vet mer enn pasienten selv om det som angår ham selv, har en negativ virkning. Dette synes å forsterke pasientens usikkerhet og å skape unødig skepsis overfor sykepleiere. Pasientens situasjon er i seg selv uforutsigbar og skaper utrygghet, noe som kan true pasientens evne til å fungere. Personellet bør derfor ikke forsterke usikkerheten, men gi støtte som bidrar til best mulig fungering i hverdagen.

Oppfølging bør være en hjelp for å leve med usikkerhet og fungere best mulig. Pasientene som var i utrednings- eller diagnosefaser gav uttrykk for behov og forventninger til informasjonsstøtte som kan redusere frykten for “det verste”. På denne tida foreligger oftest ikke informasjon som grunnlag for å redusere uvissheten om tilstand og fremtid. Både pasient og sykepleier må forholde seg til dette faktum. Likevel kan informasjon som gis være mangelfull, eksempelvis informasjon om hva man ser etter når man foretar forskjellige undersøkelser.

Pasientene ønsket hjelp som støtte for å fungere best mulig i perioden hvor de må leve med usikkerhet, i påvente av å få vite mer. Når sykepleiere i realiteten ikke har nok informasjon om pasientens tilstand til å redusere uvissheten, må dette formidles videre til pasienten på slik måte at pasienten ikke blir utrygg

på sykepleierne som oppriktige hjelpere. Sykepleierne har sagt det de vet om sykdommen i sin oppfølging. Men pasientene kan få hjelp til bedre å forstå den informasjonen som alt er gitt. Og pasientene i mitt materiale etterspør profesjonell hjelp som har slike kvaliteter.

Konklusjon.

Pasientmaterialet har vist at direkte kommunikasjon om sykdommen var ønsket som hjelp i utrednings- og diagnosefasen. Materialet har vist at oppriktighet og formidling av klare og entydige budskap demper pasientens opplevelse av usikkerhet. Derimot kan en alvorlig fremtreden hos sykepleiere forsterke pasientens usikkerhet.

Sykepleiere kommuniserte ikke grundig nok om det pasientene hadde behov for å vite. Resultatene har vist at pasientene ønsket å samtale mer med sykepleiere om sykdommen enn de erfarte. De ønsker mer direkte enn indirekte kommunikasjon om kreften. Funn understreker og at det er behov for mer oppfølging som tjener til å hindre at følelser av usikkerhet forsterkes i tida når pasientene får vite at de har kreft.

4.2.2 Å vite og forstå hva som skjer i sykehuset

Dette punktet omhandler pasientenes syn på sykepleiernes informasjon om det som skjedde da pasientene var i sykehuset. Fikk pasientene så mye informasjon som de ønsket, og var informasjonen de fikk av slik kvalitet at de opplevde seg tilstrekkelig informerte? Den innledende analysen beskrevet under punkt 4.1, viste at pasienter som nylig hadde fått vite at de hadde kreft, var mer opptatt av måten de fikk informativ støtte på enn de andre pasientene i mitt materiale. I neste analysesteg så jeg etter hvilken betydning informativ støtte hadde generelt, men også spesifisert for tid siden diagnosen ble gitt. Resultater fra intervjumaterialet fremstilles gruppevis for pasienter som fikk diagnose siste måned (gruppe 1), siste to til seks måneder (gruppe 2), mellom ½ og ett år (gruppe 3) og kreftdiagnose for mer enn ett år siden (gruppe 4).

- ***Informasjon gitt av sykepleiere betydde ganske mye for pasientene uansett hvor de var i tidsforløpet, og den ble til dels opplevet tilfredsstillende og til dels tilfeldig eller upresis.***

I det følgende beskrives resultater som underbygger ovenstående funn.

Gruppe 1.

Pasient nr. 3 var til flere undersøkelser etter at han fikk beskjed om kreft. Han var blant annet blitt kjørt til røntgenavdelingen, hvor det ble tatt noen prøver, og deretter ble han liggende og vente;

så ble jeg liggende en bra stund etter
før de begynte på ta noen prøver da av leveren -
jeg ventet på det -.

Etter undersøkelsen ble pasienten kjørt tilbake til sengeposten, og der ble han liggende og vente på resultatene. Det tok tid før legen kom og fortalte om resultatene fra denne undersøkelsen. I slike venteperioder kunne pasienten ønsket seg støtte fra sykepleierne. Det var slitsomt å ligge med usikkerheten “hengende over seg”. I slike venteperioder, kunne det ikke gis informasjon om resultatene av undersøkelsene, men om når resultater ville foreligge, hvem som skulle informere og lignende opplysninger.

Pasient nr. 17 ble innlagt på operasjonsdagen. Hun visste ikke hva som skulle skje eller hvilken tid på dagen hun skulle opereres; “jeg måtte bare vente”. Hun skulle en eller annen gang etter operasjonen til en undersøkelse som ble gjennomført på røntgenavdelingen. Hun tok opp dette med en sykepleier som straks gikk til røntgenavdelingen og fikk vite hvilken tid dette skulle skje. Pasienten fikk beskjeden muntlig og nedskrevet på et stykke papir. Pasienten opplevde denne sykepleieren som “veldig grei”. En annen sykepleier hadde kommet og sagt at “nå skal vi snakke litt om kurer og sånn”. Pleieren informerte om cellegiftbehandling som ble brukt ved to mulige forskjellige former for kreft som pasienten kunne ha. Sykepleieren tok et eksempel, og pasienten begynte å lure på om sykepleieren hadde fått vite at det var den kreftformen hun hadde. Sykepleieren kunne ha informert om behandlingsformene, uavhengig av diagnoser, mente pasienten. Hun sa at personellet måtte veie sine ord, noe hun snakket mye om i intervjuet. Ubetenksomme bemerkninger, sannsynligvis gitt i beste hensikt, virket sårende og skapte usikkerhet hos pasienten.

Pasient nr. 7 hadde savnet informasjon før han ble innlagt i sykehuset. Da han var innlagt hadde han fått god informasjon, og når han spurte om noe fikk han

svar med en gang. Denne pasienten hadde ingenting å klage på, verken med hensyn til rutiner eller til væremåte hos sykepleierne som gav ham informasjon.

Informasjon er viktig, sa pasient nr. 12. Informasjonen han fikk var “for så vidt grei”, men i blant kunne det bli litt lang tid å vente på svar når han spurte om noe. Han opplevde å få informasjon om forandringer av tabletter når han var ute i korridoren. Det var “småting”, og skyldtes sannsynligvis arbeidsopplegget med tidspress. Men han kunne likevel tenkt seg å få informasjonen på en annen måte;

jeg har hatt litt informasjon generelt -
jeg kunne ha tenkt meg at den hadde vært gitt på en litt annen måte -
at det føles sånn som at det - hva skal jeg si da ...
mer systematisert.

Han ønsket seg mer informasjon i starten, og mer systematisert løpende informasjonen. Det var ting han ikke forsto som hadde med legekunnskap å gjøre. Han var ikke i stand til å ta standpunkt til viktigheten av ting, og det ble tatt avgjørelser som han gjerne ville hatt forklart. Han hadde nesten ikke vært på sykehus før. Overgangen til denne kunnskapsverdenen var stor for pasienten.

Gruppe 2.

Pasientene i gruppe to meddelte om god informasjon fra sykepleiere. Tre pasienter i gruppe 2 hadde synspunkter på hvordan sykepleierne informerte. Pasient nr. 8 fikk en del sprøyter, og han fikk hele tiden vite hva han fikk og forklaring på hvordan det skulle virke. Han fikk greie på slikt så langt han forsto. Når noe skulle skje, kom sykepleierne på forhånd og gav beskjed om dette. Han fikk informasjon når han spurte om noe, og han ble oppfordret til spørre. Pasient nr. 14 fikk veldig mye informasjon både om det som skulle skje og generelt om kreftsykdommen, rettigheter i den forbindelse og lignende. Pasient nr. 16 fikk også generell informasjon og brosjyrer med informasjon til kreftpasienter;

ja de kom no med forskjellige brosjyrer og sånn
så var det no bare å spørre dem da
hvis en ville vite noe mer da.

Sykepleierne oppfordret til å spørre. Dersom det var noe denne pasienten ville vite mer om, så var de behjelpelige.

Gruppe 3.

Pasient nr. 18 syntes informasjonen fungerte veldig bra. Hun fikk svar på alle spørsmål hun stilte, og det på en forståelig måte. Sykepleierne forklarte og var

imøtekommende. Pasient nr. 5 fikk også svar på spørsmål om behandlingen. Hun hadde spurt om hva tabletten hun fikk ble “brukt for”, og fått svar på det;

har fått god kommunikasjon stort sett
så kan det bli noe misforståelser noen ganger selvfølgelig da
og at det er no først når det gjelder språket
for det at jeg snakker jo kav trønder og -
og når det gjelder medisinerne så kan det være litt dumt mange ganger det ja ...
jeg spør og jeg da
jeg spør hva de er for de tablettene jeg har fått nå da -
og hva vi bruker dem til.

For å unngå misforståelser, stilte denne pasienten mange spørsmål. Språket skapte problemer slik at misforståelser kunne oppstå. Travelhet var en annen forklaring, mente hun, og for det tredje trengte personellet mer kunnskaper og ferdigheter i å kommunisere.

Gruppe 4.

Tre pasienter i gruppe 4 fortalte om informasjon de fikk fra sykepleiere. Pasient nr. 4 fortalte at sykepleierne spurte om hun lurte på noe. De var veldig flinke til å fortelle om hvilke medisiner hun fikk og alt mulig slikt;

ja så jeg vet hele tiden -
men nå er ikke jeg den som setter meg inn i medisiner og sånt
så jeg spør no bare hele tiden jeg da ...
for jeg har aldri hatt noe før da -
så sier jeg det at de må bare ikke si noe mer
for jeg vet ikke hva det er allikevel jeg - .

Pasienten spurte hva det var hun fikk når hun fikk nye medisiner, men skjønnte likevel ikke hvilke tabletter hun fikk. Hun satte seg ikke inn i slikt, men stolte på at hun fikk riktig medisin.

Pasient nr. 9 fikk god informasjon og hun hadde fått forespeilet en god prognose som viste seg å stemme. Hun hadde vært lammet, men etter en tid med mye trening gjenvant hun gangfunksjonen. Utfordringen hadde vært å greie å oppfatte situasjonen og forstå årsakene til at det måtte være sånn, sa pasienten.

Pasient nr. 21 mente sykepleierne hadde hatt det så travelt under en tidligere innleggelse, at hun følte det var litt vanskelig å snakke med dem, og hun ble litt tilbakeholdende med å spørre. Nå var dette bedre. Når det var noe hun ikke fanget opp på legevisitten, gikk hun etterpå til sykepleierne og ba om forklaring. Hun fikk god informasjon. Hun poengterte at sykepleierne var opptatt av å overholde taushetsplikten når de gav informasjon til pasientene.

Data fra spørreskjema-undersøkelsen.

Pasientene ble bedt om å krysse av for hvor mye kommunikasjon de ønsket og hvor mye de opplevde å få kommunisere med sykepleierne om det de burde vite. Svaralternativene varierte fra å ønske svært lite/ ikke kommunikasjon om det pasientene burde vite til å ønske svært mye kommunikasjon om dette.

Tabell 3. *Kommunikasjon med sykepleiere om det pasientene burde vite; ønsker og realiteter.*

<i>Kommunikasjon om det pasienten bør vite</i>	<i>Ønsker</i>	<i>Reelt</i>
<i>n=20</i>	<i>antall svar (svarfordeling)</i>	<i>antall svar (svarfordeling)</i>
<i>0 ikke/svært lite</i>	0 (0%)	2 (10%)
<i>1 ganske lite</i>	1 (5%)	5 (25%)
<i>2 noe</i>	6 (30%)	5 (25%)
<i>3 ganske mye</i>	8 (40%)	6 (30%)
<i>4 svært mye</i>	5 (25%)	2 (10%)
<i>Middelverdi (M)</i>	2,9	2,1

Som det fremgår av tabell 3, ønsket et flertall av pasientene å kommunisere ganske/svært mye med sykepleiere om det pasienter bør vite. Samlet sett ønsket respondentene ganske mye informasjon, mens de opplevde å få noe mindre informasjon enn ønsket om det de mente de burde få vite fra sykepleiere. To opplevde ikke å få slik informasjon.

Diskusjon.

Informasjon er viktig. Informasjon gitt av sykepleiere synes å bety ganske mye for pasientene uansett hvor de er i forløpet. Tidlig i forløpet mens diagnose og/eller resultater av behandling og mulig prognose i seg selv skaper usikkerhet om fremtiden, var formidling av entydige budskap og forklaringer som kunne synliggjøre årsakssammenhenger for det som foregikk i sykehuset, ønsket i større grad enn det ble opplevet.

Materialet har vist at pasientene fikk tre typer informasjon fra sykepleiere. 1) Sykepleierne informerte om hva som skulle foregå av undersøkelser i den nærmeste fremtiden. Manglet slik informasjon, ble pasienten usikker.

Informasjonen hadde betydning for å vite hva som skulle skje med en selv. 2) Pasientene fikk generell informasjon om praktiske forholdsregler de skulle ta som følge av sykdom/behandling, og de fikk informasjon om hjelpeordninger ved forskjellige kreftformer. Informasjonen ble gitt muntlig og/eller i form av skriftlige brosjyrer for kreftpasienter. 3) Pasientene fikk informasjon fra sykepleiere om medisiner de fikk. Flere pasienter spurte selv etter mer informasjon. For noen var det å få informasjon betryggende i seg selv, mens andre hadde behov for å forstå hvordan medikamentene virket i kroppen. Selv om pasienten som følge av informeringen ikke visste hvilke medikamenter som ble gitt, var pasienten tilfreds med informasjonen.

Informasjon som gis må være forståelig, men settingen hvor formidlingen foregår har også betydning for om pasientene blir tilfredse med informasjonen. Når informasjonen var gitt på en forståelig måte og pasientene ble oppfordret til å spørre dersom de ville vite mer, var de tilfredse med informasjonen. "Tilfeldig" informasjon gitt ute i korridoren ble derimot ikke opplevd som en god måte å informere på. Mer struktur og systematiske informasjonsopplegg ble etterspurt. Når sykepleierne syntes å ha det travelt, kunne pasienter kvie seg for å spørre sykepleierne om ting de lurte på.

Informasjon om metoder og om det som skulle skje av undersøkelser eller behandling var enten beskrivende eller forklarende. Tidlig i forløpet ble det etterspurt mer forklaring om årsakssammenhenger knyttet til informasjon om undersøkelser som skulle skje eller som nylig var gjennomført. Når informasjonen ikke var fullstendig, skapte mangel på opplysninger om viktige elementer unødig usikkerhet. Det forekom og at informasjon om metoder ikke var entydig. Da rettet pasienten oppmerksomheten mot elementer som ikke var vesentlige i forhold til det som syntes å være tilsiktet med informeringen. Enkelte ord ble tolket som tegn på at personalet visste noe om sykdommen som informant selv ikke visste. Mer entydig beskrivende informasjon var

ønsket. Resultatene peker på behov for mer kompetanse i å beskrive og forklare hva som skjer ved bruk av forskjellige metoder eller medikamenter.

Pasientene fikk noe mindre informasjon fra sykepleiere enn de ønsket. Noen ønsket mer løpende informasjon gitt av sykepleiere. Andre undersøkelser gjennomført i norske sykehus og deriblant undersøkelsessykehuset, gav resultater som støtter antagelser om behov for mer informasjon og mer systematisk informasjonsformidling. I en kvalitativ intervjustudie som omfattet tolv pasienter fant Selmer (1997) at pasientene ikke mente sykepleiere informerte nok. Selv om sykepleierne brukte informasjon som hjelpemiddel i utøvelsen av faget, syntes ikke denne arbeidsoppgaven å bli prioritert godt nok. "Tilfeldig prat" i situasjoner hvor pasientene ikke forventet å få informasjon, ble ikke oppfattet som god informasjon (op.cit.). Min undersøkelse viser at pasientene mente sykepleierne gav noe informasjon, men ikke nok.

Informasjon av viktighet for pasientene bør bli gitt høyere prioritet i sykehushverdagen. Informasjon og forklaringer bør ha så vidt formell karakter at pasienten oppfatter hensikt og betydning av det som kommuniseres. Sykepleiere oppfordret generelt til å stille spørsmål, men oppfordringene hadde ikke sammenheng med hva pasientene hadde gitt uttrykk for å forstå av informasjon som var gitt til nå. At sykepleiere oppmoder pasienter til å stille spørsmål, kan tyde på positive holdninger til å informere. Men sykepleierne bør sørge for å få tilbakemeldinger fra pasientene om hva som er forstått, og gjennom det sikre kvaliteten på egen formidling. Det synes å være behov for at sykepleiere innøver og viser større ferdigheter i beskrivende, instruerende og forklarende kommunikasjon. Faglig målrettet kommunikasjon bør være slik at pasientene oppfatter den som målrettet og opplever den som hensiktsmessig støtte for seg. Kompetanse og vilkår for kvalitet i informativ praksis som etterspørres bør for fremtiden bli tilstrebet.

En større spørreundersøkelse blant kreftpasienter i flere norske sykehus viste at $\frac{3}{4}$ av pasientene i svært/ nokså stor grad var tilfreds med informasjonsstøtten, mens omtrent $\frac{1}{3}$ av pasientene til en viss grad/liten grad var tilfreds (Isaksen 1999). Resultater beskrevet i dette og foregående kapittel viser ikke grad av tilfredshet, men at informasjon kreftpasientene fikk omfattet både forståelig informasjon som de var tilfredse med, og “tilfeldig” eller upresist formulert informasjon som skapte utrygghet. Det var ikke tilfredsstillende å få informasjon som ble tilfeldig gitt. Årsaker til slik uformell informering ble antatt forårsaket av mangelfulle rutiner og tidspress. Økt kompetanse i å forklare og informere kan sannsynligvis høyne kvaliteten på informasjonen uten at dette krever mer tid. Men resultatene viser at pasienter kvier seg for å ta opp spørsmål med travle sykepleiere. Sykepleierne bør ha reelle muligheter for å vise at de har tid til å kommunisere tilfredsstillende. Rutiner og organisering av arbeidsoppgaver bør gi vilkår for å prioritere oppgaver som anses å være av viktighet for pasientene. Når travlehet fører til tilfeldig uformell informering, kan en stille spørsmål om hvilken prioritet informasjon og forklaringer til pasientene har i avdelingene.

En studie utført blant pasienter i 22 norske sykehus og deriblant sykehuset som var arena for undersøkelsen, viste at dette sykehuset kom bedre ut enn landsgjennomsnittet på besvarelser av alle 13 variabler for pasienters erfaringer av kvalitet ved tjenestene og organiseringen av dem (Sjetne o.fl. 1999). Pasientene ble og bedt om å rangere variabler de kunne tenkt seg forbedret. Forbedringer av fire forhold var gjennomgående ønsket, også i undersøkelsesykehuset. Sykehusene kunne bli bedre på informasjon, forberedelse av pasienter til utreise, organisering, og hotellmessig standard (op.cit.). Resultater fra mitt materiale viser at pasientene med kreft mente sykepleierne kunne informert mer og bedre. For noen skapte måten de fikk informasjon på usikkerhet og uklarhet. Mer informasjon og god organisering av denne type virksomhet var ønsket.

Konklusjon.

Pasienter får ikke tilfredsstillende informasjon om prosedyrer, medisiner de får og behandling som skal gjennomføres. Den informasjonen de får, er ofte tilfredsstillende, men den kan også ha slik kvalitet at pasienten reagerer med å bli mer usikker på sin situasjon og det som skjer. Mine funn peker på behov for systematisering av den fortløpende informeringen og behov for mer informasjon om sykdommen og det som skjer av undersøkelser, behandlings- og sykepleietiltak for den enkelte pasient.

I fremtiden vil pasientene få en lovfestet rett til tilstrekkelig og forståelig informasjon om sykdom og behandling, og rett til å medvirke i valg av behandlingstiltak (Sosial- og helsedepartementet 1998a). Dersom lovens intensjoner skal bli etterlevd av fremtidens helsearbeidere, må de utvise kompetanse i å formidle informasjon og informere den enkelte pasient i tråd med dennes "samtykkekompetanse" (op.cit.). Min undersøkelse viser at kreftpasientene kan feste oppmerksomheten ved detaljer i informasjon de får og ved ubetenksomme bemerkninger fra personellet. Sykepleiere bør tilstrebe mer nøyaktig og grundig informering. Det synes å være behov for utvikling av bedre rutiner for systematisk informasjonsformidling i sykehushverdagen. Det er fint at sykepleiere fremmer åpenhet gjennom å oppfordre pasienter til å spørre dersom det er noe de vil vite mer om. Men det er ikke nok for å fremme kognitiv kontroll og gi grunnlag for samtykke i valg av fremgangsmåter i sykepleie og medisinsk behandling. Kompetanse i å formidle informasjon om fakta, beskrive og forklare årsakssammenhenger og forberede pasientene på fremtidige aktiviteter, er en forutsetning for å yte informativ støtte av god kvalitet.

4.2.3 Relasjoner og følelser

I dette punkt er pasientenes opplevelser av sosial/kulturell støtte og følelsesmessig støtte tema. Hvordan opplevde pasientene å få slik støtte fra

sykepleiere? Hvordan ønsket pasientene at slik støtte skulle være, og opplevde de å få støtte de var tilfredse med?

Resultatene er tematisk ordnet på følgende måte: Først presenteres funn og data som underbygger funn av sykepleie som støtte for pasientenes fungering i nære sosiale nettverk/subkulturer. Hvordan kommuniserte sykepleiere støtte i tilknytning til at pasienter skulle ha besøk eller annen kontakt med sine nærmeste pårørende? Deretter beskrives pasientenes relasjoner med sykepleierne og deres opplevelser av å bli verdsatt av dem. Kommuniserte sykepleierne interesse og respekt for den enkelte pasient, viste de tilstedeværelse og forståelse, og anvendte de hensiktsmessige fremgangsmåter som hjelp for å løse pasientens problemer? Emosjonell støtte dreier seg om måten sykepleierne viste forståelse, omtanke og beroligende omsorg på. Hvordan opplevde pasientene følelsesmessig støtte og omsorg? Var den slik at pasienten kunne slippe til følelser, reagere og bearbeide sterke følelsesmessige opplevelser og redusere kroppslige spenninger?

Funn (markert med • og kursivert, uthevet tekst) og data som underbygger hvert funn beskrives før funn drøftes samlet sist under dette punktet.

- *Sykepleierne legger til rette for kontakt og støtte fra nære pårørende, og dette betyr mye for de fleste av kreftpasientene.*

Følgende data underbygger betydningen av støtte fra nære pårørende, og betydning av at sykepleiere tilrettelegger for god kontakt.

To pasienter (nr. 17 i gruppe 1 og nr. 8 i gruppe 2) fortalte at ektefellene var i sykehuset da pasientene ble opererte for kreft. Støtte fra ektefellene betydde mye. “Vi var jo to”, sa pasient nr. 17. Pasient nr. 8 sa om støtte fra kona at

hun satt jo her, og jeg har hatt støtte av henne hele tiden.

Sykepleierne var hjelpelige ved å sørge for at kona til pasienten fikk ligge over på sykehuset mens pasienten var nyoperert. Sykepleierne ordnet med ekstraseng for pårørende inne på pasientrommet til to av informantene. For

pasient nr. 3 ble dette ordnet etter at han var blitt kjent med diagnosen, slik at kona kunne være til stede. Det betydde mye for denne pasienten;

hun er jo her, og jeg har støtte av henne hele tiden.

Pasient nr. 4 fikk ekstraseng på rommet slik at en svigerinne kunne ligge der når hun kom på besøk fra et annet fylke. Svigerinnen var der i tre netter. Sykepleierne hadde vist pasienten at de satte pris på at hun fikk besøk, og de oppfordret til mere besøk;

og ville jeg, - hvis det var noen flere som ville natte over
så måtte de bare komme
ja så det, - det er bare fantastisk.

Pasient nr. 19 hadde bare besøk av kona i blant. Han og kona hadde ikke overnattet på samme rom på så lang tid som pasienten "kunne huske". For disse to var det viktig å "treffes" i telefonen flere ganger om dagen, og pasienten sa det var disse telefonsamtalene som holdt motet oppe for dem begge to. Pasienten lå på enerom og kunne snakke uforstyrret i telefonen med kona.

To pasienter hadde hatt mindre positive opplevelser når de ytret ønske om mer kontakt med pårørende. Pasient nr. 12 mente han og familien måtte prøve å takle den nye situasjonen sammen, for det var i første rekke dem det angikk. Han mente han var i stand til å informere de pårørende selv. Han kjente familien best, og han kjente sin egen situasjon best. Han ønsket ikke at sykepleierne skulle ta over formidling til pårørende uten at han ba om det. Det så han som påtrengende. Han hadde en diskusjon med sykepleierne om dette. Den endte godt; - pleierne forsto pasientens syn. Pasient nr. 18 hadde sine nærmeste pårørende hos seg den kvelden da hun var nyoperert. En sykepleier var tydelig sur for at de satt der;

hun syntes nok kanskje at jeg skulle hatt fred da, - jeg vet ikke.

Pasienten hadde enerom, og mente at hun selv kunne si at "nå er det nok".

Ovenstående informasjon fra åtte av de tjue informantene viser at kontakt med pårørende og støttende nærvær ble positivt verdsatt av disse pasientene. Alle informantene krysset i spørreskjema av for hvor nødvendig det var å motta hjelp fra familie eller venner for å ha det bra i avdelingen. Svaralternativene for at dette var nødvendig varierte fra helt feil (-2) til helt sant (+2). Med en middelvei på +1,20 er tendensen at dette var ganske sant. Fire pasienter svarte at utsagnet var ganske feil, en at det var litt sant, litt feil, to at det var ganske sant, og hele tretten svarte at det var helt sant. De femten som mente

hjelp fra familie eller venner var ganske/helt nødvendig for å ha det bra i avdelingen, utgjør 75% av alle informantene.

Pasientene ble også spurt om hvor mye det betydde for dem at det ble tilrettelagt for besøk til dem. Svaralternativene varierte fra ingen/svært liten betydning (0) til betyr svært mye (4). En pasient svarte at dette hadde ingen/svært liten betydning, fire svarte at det betydde noe, ti at det betydde ganske mye og fem at det betydde svært mye. Middelveien ble 2,9. Tendensen er at tilrettelegging for besøk betyr ganske mye for de fleste pasientene.

- ***Pasientene opplevde seg i høg grad forstått og verdsatt, og dette fremmet pasientenes opplevelse av trygghet i sykehuset.***

Data som underbygger denne konklusjonen gjengis og kommenteres i det følgende.

Pasientene var opptatt av måten sykepleiere kommuniserte på, og måten de viste interesse på. Pasient nr. 3 opplevde sykepleierne som veldig åpne og greie. De forsøkte å gjøre det beste for ham og viste interesse for pasientens ve og vel gjennom måten han ble behandlet på. Pasient nr. 7 mente sykepleiernes væremåte viste at de tenkte på ham og hadde medfølelse med ham. Pasient nr. 15 og pasient nr. 16 poengterte at sykepleierne viste dem at de ble veldig godt tatt vare på. Ivaretagelse var et stikkord, men informantene gav uttrykk for at det var vanskelig å beskrive den positive væremåten mere konkret.

Noen pasienter forsøkte å illustrere med eksempler. En av pasientene (nr. 8) sa at sykepleierne viste han interesse ved å se ofte til ham og “de var der bare for deg”. De slo av en prat og kom med drikke eller annet til ham. Det var måten de tedde seg på pasienten oppfattet som tegn på å bli vist interesse.

Pasient nr. 4 hadde tidligere vært pasient i en annen avdeling hvor hun merket at personellet ikke brydde seg om henne. I avdelingen hvor hun var nå, var derimot personellet annerledes;

de er helt fantastisk
ja - det går i grunnen ikke an å beskrive det på noen annen måte
for dem tar seg av en og - helt sånn
de kommer inn vet du og sitter og prater og det -
hele tiden er det noen som tar seg av deg.

Hun mente sykepleierne viste henne mye omsorg gjennom måten de kommuniserte på. Hun merket det når de kom inn i rommet og når de stelte henne. Gjennom hele forløpet spurte de ofte etter om hun hadde det bra.

Pasient nr. 11 hadde særlig gode opplevelser av å bli vist interesse fra sykepleiernes side når hun lå på intensivavdelingen. Hun ble “bortskjemt” og følte at hun fikk all deres oppmerksomhet. På avdelingen hvor hun nå var innlagt var det travlere, og der gikk sykepleiernes arbeid noe mere på rutiner.

Pasient nr. 20 mente sykepleierne gikk inn for å skape god kontakt. Pasient nr. 4 mente også at god kontakt var et nøkkelord, og hun hadde følt at “de slo på de samme strengene”. Måten sykepleierne viste interesse og tok seg av henne på, og måten de kom inn på og at de satt og pratet med henne var veldig betryggende. Pasient nr. 10 hadde dårlig språk, og da var det særlig viktig at han hadde god kontakt med de sykepleierne han kommuniserte med i avdelingen. Kontakten var meget bra mellom ham og sykepleierne. Kontakten skapte åpenhet, mente han. Pasient nr. 16 mente hun kunne snakke med sykepleierne om hva som helst. Pasient nr. 9 ble både tatt hensyn til og hjulpet når hun bad om det og trengte hjelp, og nr. 7 fikk svar med en gang når han spurte sykepleierne om noe.

Kommunikasjonen med sykepleierne førte til at pasientene ble tryggere og roligere. Pasient nr. 8, nr. 9, nr. 21 og nr. 22 gav direkte uttrykk for dette. Pasient nr. 21 sa det slik;

de skaper trygghet og en spekulerer mindre -
og kanskje det med å føle litt optimisme og sånn og
at det vil komme sånn indirekte -
i hvert fall så virker det sånn på meg når jeg er her -
og det gir meg en sånn trygghet.

Pasient nr. 19 mente begge parter måtte være innstilt på samarbeid. Sykepleierne var dyktige i å samarbeide, mente han. Det var forskjeller på sykepleiernes måte å samarbeide på. Pasient nr. 12 mente de yngre sykepleierne var bedre til å oppfatte ting, og de kunne være med på å diskutere og ta en samtale på den måten. De flinkeste av dem var alminnelige, omgjengelige og trivelige. Pasient nr. 9 mente de eldre sykepleierne var mere tålmodige og viste mere omtanke enn de yngre.

Noen eksempler viser at erfaringene med måter pasientene fikk respons på varierte. Pasient nr. 5 mente sykepleierne kunne ha vært mer imøtekommende. De hadde “makt til å velge bort” samtaler om hennes problemer. Det kunne skyldes at de hadde det travelt, men det hadde også med kunnskaper og ferdigheter å gjøre;

det er no vel helst når at det - når det blir for travelt da også -
også dem har jo makt - makta da - så du må -
liksom når det blir for travelt da så de mister litt fatningen så -
så går vel kanskje det mest utover pasienten ...

det kommer ikke alt med teori - men litt kanskje
når det gjelder akkurat sånne ting så tror jeg det hadde vært lurt
om en hadde lært seg litt mer som en kunne ha hatt og gitt bort -
som en må lese litt for å få til tror jeg -
men vi er så forskjellig da.

Det var mer hektisk nå, og sykepleierne var blitt “fjernere”. Hun mente ikke at
pleierne skulle gå omkring og være smilende bestandig. Det var derimot viktig
at de forsto hverandre. Generelt hadde hun det greit i sykehuset, “sånn sett
da”.

Pasient nr. 13 sa at en ble etter hvert kjent og lærte seg en viss teknikk som
pasient. Hun spurte når hun hadde behov for det. I begynnelsen var det
annerledes. Da hadde hun stått mer “med hatten i handa”.

Under besvarelsen av spørreskjemaet, ble pasientene bedt om å ta stilling til
følgende utsagn:

Jeg føler meg velkommen, jeg føler meg ikke velkommen.

Jeg blir forstått, jeg blir ikke forstått.

Jeg stoler på sykepleierne, jeg stoler ikke på sykepleierne.

Det var syv svaralternativer for hvert par av utsagn, med gradering av
alternativene fra +3 til -3. Alle avgitte svar var positive. Middelverdiene ble
henholdsvis 2,55 for å føle seg velkommen, 2,20 for å bli forstått og 2,40 for å
stole på sykepleierne. Svarene underbygger funn som viser at pasientene i høg
grad opplevde seg forstått og verdsatt, og at dette fremmet pasientenes
opplevelse av trygghet.

- ***Sykepleierne kommuniserte mye forventet støtte som virket betryggende og dempende på pasientenes følelsesmessige reaksjoner. Problemløsende hjelpeprosesser for dypere bearbeiding av følelser var ønsket av et fåtall, men ikke erfart av pasientene.***

Hvordan ønsket og opplevde pasientene følelsesmessig støtte fra
sykepleierne? Generelt mente pasientene at de hadde god kontakt med
sykepleierne, men noen pasienter ønsket ikke å ha så nær kontakt med dem at
de åpnet opp for private følelser. På spørsmål om det ble samtalt om følelser
svarte nr. 22 “nei”, for

“privaten” holdt dem seg unna ja.

Pasient nr. 14 hadde vært nervøs og litt spent da hun ble operert for kreften,
men hun hadde ikke hatt ønsker om noen nær kontakt med sykepleierne;

hvis de hadde blitt for nære innpå meg
så hadde jeg ikke vært mottagelig for det ...
og det tror jeg ... det føler jo sykepleierne også.

Hun mente sykepleierne på en måte følte litt på *hvem pasienten var* og hvilken type omsorg og kontakt pasienten hadde behov for.

Noen pasienter gav uttrykk for at de var “psykisk sterke”, og at de skilte mellom private følelser og det som sykepleiere burde ta seg av. Pasient nr. 15 var “hverken deprimert eller noe slikt” før hun ble innlagt i sykehuset. Hun var helt rolig, og hadde ringt rundt til sine venner og fortalt om dette. Hadde det vært hennes pårørende som fikk kreft, så var det derimot mulig at hun hadde reagert annerledes. Pasient nr. 18 illustrerte en lignende “fornuftig” måte å betrakte sin situasjon som kreftsyk på. Hun sa hun var nokså nøktern. Dessuten levde mange som hadde fått kreft fortsatt i “beste velgående”. Og om en så seg litt rundt i verden så var det noen bøyer for de fleste;

og en kan ikke forvente at en skal leve på den grønne gren i alle år altså -
så det herre er min runde og den skal jeg ta -
det er sånn jeg tenker
sånn at jeg er ikke vippt av pinnen altså.

Hun la vekt på at menneskene er forskjellige og mente noen pasienter kunne ha behov for å samtale med noen de ble godt kjent med og som visste “alle irrganger”. Selv ble hun ikke kjent med sykepleierne, men mente de var forekommende og greie.

Nattavdelingssykepleierne var flinkere til å vise omsorg enn de som arbeidet på dagtid. Det skyldtes arbeidssituasjonen for sykepleierne, mente pasient nr. 12. Pasient nr. 22 fikk også hjelp og “litt trøst” når han lå og hadde smerter om natta. Andre pasienter viste til eksempler hvor de fikk god omsorg uavhengig av tid på døgnet.

Noen pasienter hadde ønsket seg emosjonell støtte uten at de tok dette opp med sykepleierne, og uten at sykepleiere åpnet for samtaler om følelsene. Pasient nr. 3 kunne ønsket seg støtte ved at noen var der uten å si så mye i tida rett etter at han fikk vite diagnosen. Han opplevde ikke det. Pasient nr. 5 var blant dem som hadde forsøkt å samtale med sykepleiere om følelser som gjorde det vanskelig for henne å fungere. Hun mente kommunikasjon med sykepleiere hadde veldig mye å si følelsesmessig. Som regel var det fysiske årsaker til at man var pasient i sykehuset,

men det kan være slik at det er like mye psykisk også -
at du mestrer pine og du får høre selv at du skal dø snart.

Pasient nr. 11 fikk kreft for mer enn ett år siden, og hadde vært deprimert da hun var i sykehuset. Hun gav ikke noe tegn til sykepleierne om å ville snakke om det, og det ble da heller ikke til at hun snakket med sykepleierne om sine følelser. Hun bar det i seg selv, og var veldig var på ord som ble sagt;

liksom det skal så lite til vet du -
for et par ord kan få store følelser i gang
som de ikke tenker på
men som pasienten da -
en blir jo veldig var i sånne situasjoner.

Pasient nr. 17 hadde fått kreft siste måned. Hun var også oppmerksom på “de små ordene”. Hun var redd og fryktet det verste, men hadde et håp innerst inne. Ord som kunne tolkes både positivt og negativt med hensyn til prognosen, tolket hun negativt, og det forsterket hennes usikkerhet og frykt for det verste. Hun hadde ligget bak et skjerm Brett i korridoren, og en sykepleier som passerte forbi sa “stakkars deg”, og det syntes pasienten var fælt;

en føler seg kanskje enda verre da.

Hun visste ikke hvordan sykepleieren tenkte, men det var ikke godt å høre dette. Pasienten “hadde jo omsorg da men”.

Pasient nr. 3 fikk “100 % støtte” etter at kona var kommet. Han fikk diagnosen siste måned. To pasienter til som og hadde fått kreft siste måned (nr. 7 og nr. 19), opplevde å få emosjonell støtte og omsorg. Pasient nr. 19 opplevde seg som “veldig frøyn”. Sykepleierne forsto dette godt. Han hadde lov til å være det, og måtte få være slik som han var nå. Pasient nr. 7 hadde fryktet det verste, og fått trøst. Han hadde gruet seg for operasjonen, og de hadde trøstet ham i forhold til det. Han oppfattet berøring som emosjonell støtte og omsorg. Sykepleierne strøk ham over skuldrene, og det opplevde han som uttrykk for omsorg;

ja da synes de synd i meg og og hjelper meg litt da vet du ...
i hvert fall tok no jeg det til meg når de tok i meg og
det virket på meg ja ...
det er noen som ikke tar i en da når en er så nedfor og således -
det blir kaldt da sjø (skjønner du).

Pasienten påpekte at det skulle “noe” til for at sykepleiere kunne stryke fremmede mennesker på denne måten. Det var vanskelig å forklare hva som var omsorgsfull berøring i pasient- sykepleier sammenhengen, og pasienten var i tvil om jeg burde ta med denne informasjonen, fordi den kunne bli misforstått. Jeg mener han gav god informasjon om berøring som en måte å kommunisere omtanke på, og som uttrykk for ønske om å berolige pasienten.

Pasient nr. 8 opplevde og berøring positivt. Når en lå og følte seg litt hjelpeløs, ble en litt tryggere av å få omsorgsfull berøring. Pasient nr. 14 oppfattet liksom pasient nr. 7 og nr. 8 berøring som omsorg;

litt fysisk kontakt

at de sitter på senga og holder i handa og stryker på håret liksom - sånt tenker jeg som omsorg da.

Pasient nr. 14 hadde mange spørsmål og ble litt oppspilt, redd og nervøs da hun ble kreftpasient. I tillegg til at hun fikk informasjon, følte hun at hun ble fulgt opp. Omsorgen sykepleierne viste hadde mer form av at “de var der og pratet”, enn at de hadde nærkontakt og holdt henne i handa; - og det var denne omsorgen hun trengte.

Spørreskjemadataene gav utfyllende informasjon om kommunikasjon som emosjonell støtte. Pasientene ble blant annet spurt om hvor mye kommunikasjon om følelsene de ønsket og hvor mye de reelt samtalte med sykepleierne om følelser. Resultatene er vist i tabell 4 nedenfor.

Tabell 4. *Kommunikasjon med sykepleiere om følelser; ønsker og realiteter.*

<i>Om følelsene</i> <i>n=20</i>	<i>Ønsker</i> <i>antall svar (svarfordeling)</i>	<i>Reelt</i> <i>antall svar (svarfordeling)</i>
<i>0 ikke/svært lite</i>	1 (5%)	7 (35 %)
<i>1 ganske lite</i>	5 (25%)	3 (15%)
<i>2 noe</i>	13 (65%)	7 (35%)
<i>3 ganske mye</i>	1 (5%)	2 (10%)
<i>4 svært mye</i>	0 (0%)	1 (5%)
<i>Middelverdi (M)</i>	1,70	1,35

Tabell 4 viser at svarene varierte. En pasient ønsket ikke/ svært lite kommunikasjon om følelsene. En annen ønsket å samtale ganske mye med sykepleierne om dette, men ingen ønsket mye kommunikasjon om følelser. Tendensen var at pasientene ønsket å samtale “noe” med sykepleierne om følelsene, og at de reelt opplevde ganske lite kommunikasjon om følelser.

Pasientene ble spurt om de mente det var nødvendig å undertrykke følelser, eller om det var nødvendig å samtale med sykepleierne om følelsene for å ha det bra.

Tabell 5. *Nødvendig væremåte for at pasienten skal ha det bra; - å holde følelser unna, - å samtale om det vonde.*

<i>Nødvendig for å ha det bra i avdelingen</i> <i>n=20</i>	<i>Holde følelser og tanker på avstand</i> <i>antall svar(svarfordeling)</i>	<i>Ta opp det vonde med sykepleierne</i> <i>antall svar (svarfordeling)</i>
- 2 helt feil	2 (10%)	0 (0%)
- 1 ganske feil	3 (15%)	0 (0%)
0 litt sant, litt feil	6 (30%)	5 (25%)
+ 1 ganske sant	4 (20%)	4 (20%)
+ 2 helt sant	5 (25%)	11 (55%)
Middelverdi (M)	0,35	1,30

Tabell 5 viser svarfordelingen. Svarene tenderer i retning av at det er nødvendig å holde følelser og tanker på avstand ($M0,35$), mens det er ganske sant ($M1,30$) at pasientene bør ta opp det som er vondt med sykepleierne. Elleve pasienter mente det var helt nødvendig å ta opp det vonde med sykepleierne.

Hverdagsprat og humor.

Flere pasienter ønsket noe "hverdagslig kommunikasjon". Pasient nr. 18 mente sykepleierne var et hyggelig innslag i hverdagen. Det var "artig" å snakke med sykepleierne, men en skulle ikke oppholde dem for mye, for de hadde jo mye å gjøre, sa pasient nr. 22. Over halvdel av pasientene fortalte om sykepleiernes gode humør og bruk av humor. Balansert bruk av humor lettet stemningen, betydde litt for psyken og førte til at en kjente seg litt bedre i kroppen. Pasientene hadde gjennomgående positive opplevelser av sykepleiernes humør og bruk av humor. De var blide, hadde et godt vesen og en lett tone. Med litt humor opplevde en seg velkommen, og sykepleierne hadde godt humør,

og da kommer det humor inn i bildet.

Humor hadde innvirkning på helsen, mente pasient nr. 12. Humor var trim for sjela, liksom fysisk aktivitet var trim for kroppen.

Det betydde særlig mye at sykepleierne var smilende og blide når pasienten fryktet det verste. Pasientene tenkte sitt når pleierne kom inn og var helt alvorlige; "vet de noe?". På spørsmål om hvilken betydning humor hos sykepleiere hadde, svarte informantene som vist i tabell 6.

Tabell 6. *Betydning av humor hos sykepleiere for pasientene.*

<i>Humor hos sykepleiere betyr</i> <i>n=19</i>	<i>Pasienter</i> <i>antall svar (svarfordeling)</i>
<i>0 ikke noe/svært lite</i>	0 (0%)
<i>1 ganske lite</i>	0 (0%)
<i>2 noe</i>	4 (20%)
<i>3 ganske mye</i>	9 (45%)
<i>4 svært mye</i>	6 (30%)
<i>Middelerdi (M)</i>	3,11

Tabell 6 viser at alle nitten som svarte på spørsmålet mente humor hadde betydning for å ha det bra som pasient i avdelingen de var i. Svarene varierer fra noe til svært mye. Tendensen var at humor betydde ganske mye for disse kreftpasientene.

Drøfting av funn.

Utgangspunktet for drøftingen er for det første at pasientene oftest opplevde kommunikasjonsforholdet med sykepleierne som sosialt/kulturelt og emosjonelt støttende. Det kan tyde på mye faglig kommunikasjon med støttende kvalitet. For det andre viser funn at sykepleierne ikke anvendte alle steg i samtalestrategier som har problemløsende kvalitet.

Sykepleie som støtte til pasientens nære relasjoner.

Materialet viste at sykepleierne gav god støtte i forbindelse med at pasientene skulle ha besøk eller telefonisk kontakt med de nærmeste pårørende. De tilrettela for slike kontakter, og det satte informantene pris på. Kontakt, hjelp og støtte fra familie/venner betydde ganske mye for de fleste informantene, men ikke for alle. Noen hadde sine nærmeste pårørende hos seg når de var i sykehuset. Dette opplevde disse pasientene som god støtte.

Støtte fra nære pårørende er generelt av betydning for å oppleve tilfredshet med livet (House 1981, Knardahl 1998). Kontakt med de nærmeste pårørende kan være særlig viktig når pasientene opplever stressende hendelser som følge av at de er syke og gjennomgår undersøkelser og behandlinger. I krefttilfeller kan slik støtte sannsynligvis være til hjelp for å mestre følelsesmessige påkjenninger og frykt for å dø. Sykepleiere bør derfor legge vekt på å legge til rette for kontakt og støtte fra pårørende og på å kommunisere at de er positive til slike kontakter.

En norsk undersøkelse av informasjonsstøtte til kreftpasienter og pårørende viste at halvdel av pasientene ikke var tilfreds med helsepersonellens informasjon til de pårørende (Isaksen 1999). Dette kan tyde på at en stor del av pasientene med kreft ønsker at det blir gitt mer informasjon til pårørende. I mitt materiale forekom det at pasienter ikke ønsket at sykepleiere skulle informere pårørende. Ønskene kan variere, og sykepleiere bør kommunisere med den enkelte pasient om hva som er ønskelig, og handle ut fra det de i fellesskap blir enige om. Omsorgsfull sykepleie er å forholde seg til den enkelte pasient sin måte å kommunisere med medlemmer i egen familie/kulturelle gruppe på (Leininger 1991). Mitt materiale viser tilfeller av at sykepleiere handler uten å sjekke ut hvordan pasienter ønsker å ivareta kommunikasjonsforholdet med sin familie. Andre studier (Dickson o.fl. 1993, Faulkner 1995) har vist at sykepleiere kan være så handlingsorienterte at de trekker forhastede slutninger om behov og ønsker, og at de handler overfor pårørende uten først å rådføre seg med pasientene.

I sin tilrettelegging oppmuntret sykepleierne til at pårørende og pasient skulle møtes og snakke sammen. Men pasientene opplevde sannsynligvis også *mulighetene* for å få støtte fra sine nærmeste som en ressurs som “var der hele tiden”, og tanken på å kunne få hjelp fra pårørende førte til mindre frykt og spenninger enn de ville oppleve uten denne muligheten. Når folk har stress, kan bevisstheten om at støtte fra personer som betyr noe for en er tilgjengelig,

i seg selv reduserer stress (Bruunk og Peeters 1994). Når sykepleiere gir til kjenne at det er mulig å tilrettelegge for besøk eller annen kontakt med pårørende, kan dette følgelig i seg selv bidra til mindre frykt og spenning hos pasientene.

Interesse, åpenhet og problemløsende strategier.

Mine data tyder på at pasientene i stor grad følte seg verdsatt. Det generelle inntrykket er at pasientene hadde opplevelse av å bli oppfulgt, tatt hensyn til og å bli tatt godt vare på. Sykepleierne viste pasientene interesse og oppmerksomhet, og pasientene følte at de fikk hjelp når de trengte det. Sykepleierne spurte jevnlig om hvordan pasientene hadde det, og de svarte vanligvis raskt og forståelig når pasienten stilte spørsmål. Sykepleiernes måte å kommunisere interesse og ønske om kontakt på, skapte trygghet og førte til at pasientene ble mindre redde og litt mer optimistiske enn de ellers ville ha vært.

Pasientene hadde ikke bare forventninger til sykepleierne, men og til seg selv; det var to parter som samarbeidet. Det var viktig at begge parter forsto hverandre og viste gjensidig respekt for hverandre. Det synes som pasientene i det vesentlige fikk dekket sine behov for å bli verdsatt og møtt med positiv respons. Men det ble og pekt på at sykepleierne i realiteten var de som hadde makt til å bestemme hva samtalene med pasientene skulle dreie seg om. Tid, rutiner og kompetanse var faktorer som virket inn på om sykepleierne samtalte med pasientene om visse tema. Maktforholdet ble mere jevnbyrdig når pasienten var blitt mere kjent i avdelingen. Noen pasienter la vekt på å ta initiativ selv og å be om hjelp når de selv mente de trengte det, og noen hadde lært seg å ivareta egne interesser bedre etter at de var blitt kjent med systemet i avdelingen.

Sykepleiere var forskjellige med hensyn til å kunne drøfte alternative løsninger og samarbeide for å finne gode løsninger. Noen pasienter mente

ynge sykepleiere bedre kunne drøfte alternative løsninger, mens andre mente mer erfarne sykepleiere var dyktigere i å samarbeide. Dette kan tyde på at variasjonene ikke var avhengige av pleiernes alder og år med yrkeserfaring.

Tendensen var at pasientene hadde stor tillit til sykepleierne. Det kan ha flere årsaker. Sykepleierne signaliserte ved sin væremåte at de var opptatt av å hjelpe pasientene så mye som mulig. Når det forekom at sykepleiere ikke fulgte opp med hjelp i tråd med den positive interessen for pasientenes ve og vel, mente pasientene det særlig skyldtes knapphet på tid i sykepleiernes arbeidssituasjon, og ikke mangel på interesse. En annen årsak til at pasientene hadde tillit til sykepleierne, kan være at sykepleierne hyppig så om pasientene og spurte hvordan de hadde det. Pasientene opplevde hyppige, korte samtaler som betryggende oppfølging. Sykepleierne oppnådde ellers sannsynligvis stor tillit gjennom å kommunisere åpenhet og imøtekommenhet.

Resultatene gir ikke indikasjoner på at sykepleierne i sin kommunikasjon med pasientene brukte strategier for rådgivning eller veiledning med hjelpende hensikt. Slike strategier er beskrevet med følgende steg i hjelpeprosessen; 1) oppmerksomt nærvær med kommunikasjon av varme, aksept og respekt, 2) utforskning av problemet for å få full og riktig forståelse av pasientens situasjon og å utvikle en ny ramme som gir muligheter, 3) normalisering av pasientens følelsesmessige tilstand og 4) handling for å nå pasientens mål (Dickson o.fl. 1993, Hargie o.fl. 1999). Dickson o.fl. (op.cit.) hevder all sykepleie krever ferdigheter som svarer til det første steget i den problemløsende hjelpeprosessen. Materialet fra intervjuene gir informasjon som viser at sykepleierne viste ferdigheter på dette nivået. Sykepleierne kommuniserte oppmerksomhet, interesse og positive holdninger med hjertevarme. Materialet viser ikke at sykepleierne gjennomgående viste ferdigheter som svarer til neste steg i prosessen. Det forekom derimot at sykepleierne handlet uten å sette seg inn i pasientens forståelse av sin situasjon. Normalisering av pasientens

følelsesmessige tilstand, og handling for å nå pasientens nye mål, kommer jeg nærmere inn på i det følgende.

Emosjonell støtte og omsorg.

Pasientene opplevde smil, klapp og medfølelse kommunikasjon som støttende omsorg. Noen opplevde berøring som omsorgsfull støtte, mens andre ikke ønsket fysisk berøring som omsorgsuttrykk. Sykepleierne "følte" på seg hvordan pasientene ønsket følelsesmessig støtte, sa noen pasienter. Det synes å stemme for de fleste pasientene, fordi måten de fikk følelsesmessig støtte på var slik de ønsket den. De fikk noe medfølelse omsorg vist gjennom smil, uformelle samtaler, et vennlig blikk, ord eller klapp og lignende oppmerksomhet. Noen pasienter gav klart uttrykk for at de ikke ønsket så vidt nær kontakt med sykepleierne at de samtalte om private følelser.

Ingen ønsket "mye" kommunikasjon om følelsene, og ønskene varierte. Tendensen var at pasientene ønsket "noe" kommunikasjon om følelser, men reelt opplevde de ganske lite av det. Når pasientene ikke ønsket mye kommunikasjon om følelsene, kan dette ha flere årsaker. Pasientene ønsket og fikk eventuelt den følelsesmessige støtte de ønsket gjennom kontakt med sine nære pårørende. En mulig årsak er også at de undertrykket følelser i stedet for å samtale om dem. Det er et paradoks at pasientene tenderer til å holde tanker og følelser på avstand, men likevel mener det er ganske nødvendig å ta opp det vonde med sykepleierne. Utsagn om at det finnes mange måter "å ta det alvorlig på", og at det var nødvendig å ikke se unødig svart på det "for å overleve", kan tyde på at pasientene ønsket hjelp for å dempe reaksjonene på det vonde, og at det var slik hjelp de forventet når det var nødvendig å ta opp det vonde med sykepleierne.

Pasientene som hadde erfart medfølelse omsorg opplevde den overveiende som positiv. Den var tilpasset til den enkelte pasient sine ønsker om en

avpasset nærhet i relasjonen. Dette kan tyde på at sykepleiere evnet å vise innlevelse (empati) i forhold til pasientenes måte å håndtere følelser på. Pasientene synes generelt ikke å ha forventet emosjonell støtte for å bearbeide følelser. Derimot mente de at hverdagslig prat og passende humor lettet stemningen og reduserte frykt og spenninger i kroppen. Humor betydde ganske mye for å fungere i hverdagen. Det var positivt at sykepleiere hadde et stabilt og godt humør og vennlig vesen og brukte passende humor i hverdagen. Kontrasten er det alvorlige ansiktet som kan virke skremmende (se s. 182).

Forutsetningene for å kommunisere emosjonell støtte, var både de tegn på forventet støtte som pasientene viste, men og sykepleiernes tid til slike samtaler. Det ble pekt på at sykepleiere på intensivavdelingen eller som var på nattvakt, viste mer medfølelse enn de som arbeidet på dagtid i avdelingene. Pasientene mente tid var en årsaksfaktor her. Men medfølelse kommunikasjon behøvde ikke alltid å være tidkrevende. Smil, klapp og små oppmuntrende bemerkninger krever ikke mye tid. Selv få ord kunne virke følelsesmessig betryggende. En annen side ved de "få ordene", var at de ikke måtte være formulert slik at de kunne bli feiltolket i retning av at sykepleierne visste mer om sykdommen enn pasientene selv.

Pasientene følte seg oppmuntret og tryggere som følge av medfølelse omsorg fra sykepleierne. I intervjuene kom det derimot ikke frem informasjon om emosjonell støtte som hjelp for å slippe til og bearbeide sterke følelser. Eksempler viste at sykepleiere oppfordret til å la være å undertrykke følelser, i den forstand at de mente det var riktig å være seg selv og naturlig å ta til tårene. Å gråte og vise følelser er en side ved pasientenes reaksjoner. En annen side er den psykiske bearbeidingen, og 1/5 av pasientene gav uttrykk for at de hadde ønsket seg å samtale om følelsene, men uten at dette skjedde. En pasient hadde forsøkt å ta det opp. De andre hadde ikke gjort det. Sykepleierne hadde ikke fått klare signaler, og de hadde sannsynligvis ikke tolket væremåte eller

reaksjoner hos pasientene som ønske om følelsesmessig støtte og hjelp. Det er også mulig at sykepleierne oppfattet pasientenes ønsker om å kommunisere om følelser uten at de fulgte opp med slike samtaler.

Fortrengning av sterke følelser krever mye psykisk energi. En fremgangsmåte for å gi hjelp til å leve ut sterke affekter, er 1) å oppfordre personen som hjelpes til først å beskrive sanseinntrykk, 2) dernest å redegjøre for de tankene som var forbundet med den hendelsen som utløste affekten, og 3) deretter å arbeide med emosjonene (Bjerke og Svebak 1997: 107). De tre stegene har bearbeiding av følelser som mål, heller enn problemløsende hjelp som går ett steg videre til handling ut fra ny orientering. Ut fra datamaterialet i min studie synes det ikke å ha forekommet bearbeiding av følelser i tråd med en slik strategi, selv om fire pasienter gav uttrykk for å ønske hjelp med følelsene. Sykepleierne forholdt seg på samme måte overfor disse fire som ovenfor de andre informantene; de var forekommende og vennlige, og brukte tilpasset berøring og åpenhet gjennom kortvarige kontakter. Andre forskningsresultater har vist at sykepleiere holder en viss distanse i relasjonen til pasientene (Dickson 1993, Brataas 1996, Faulkner 1995). Mulige forklaringer er at personellet ikke føler seg kompetente, at følelser og reaksjoner kan være vanskelige å håndtere, at sykepleierne ikke kan tåle daglig å ta inn over seg andres uro og smerter, og at andre oppgaver krever så mye av deres tid at de prioriterer bort veiledningssamtaler om pasientenes følelser.

Det er gjort mye forskning på omsorgsfulle relasjoner i sykepleie. Fredriksson (1999) gjennomgikk kvalitative studier av omsorgsrelasjoner i sykepleie som er publisert i tida 1989-1997. Han kom frem til at det kan beskrives to modeller for relasjoner i kommunikasjon av omsorg; en hvor forbindelsen utvikles til et bekjentskap med høg intersubjektivitet, og en hvor forbindelsen har karakter av en kontakt med begrenset intersubjektivitet. De to modellene er ulike med hensyn til tilstedeværelse, men og med hensyn til berøring og å lytte. Berøring kan være oppgave orientert, omsorgsfull eller beskyttende

(op.cit.). I mitt utvalg synes berøring å være et av virkemidlene som sykepleiere bruker for å kommunisere omsorg, medfølelse og aksept.

Å lytte er i litteraturen beskrevet som en prosess i form av en aktiv handling, dette til forskjell fra å høre. Aktiv lytting er en sentral kommunikasjonsferdighet (Dickson o.fl. 1993, Hargie 1994, Hargie o.fl. 1999). Mitt materiale er ikke egnet til å vise i hvilken grad sykepleiere lyttet aktivt, eller gav tilbakemelding til pasientene om hvordan de fortolket pasientenes budskap. I den grad travelhet har preget kommunikasjonen med pasientene, kan dette ha begrenset mulighetene for å vise gode lytteferdigheter.

Det å høre, oppgaveorientert berøring, og kontakt hvor sykepleieren lytter og “er der” er blitt forbundet med en praktisk problemløsende tilnærming, mens aktiv lytting, omsorgsfull berøring og tilstedeværelse hvor sykepleieren “er med” pasienten slik at et bekjentskap utvikles, er blitt forbundet med en hjelpende tilnærming for pasientens håndtering av lidelse (Fredriksson 1999). Min undersøkelse tyder på at sykepleierne syntes å forstå hvordan pasientene ønsket sykepleiernes tilstedeværelse, lytting og berøring, og pasientene syntes å forvente kontakt hvor sykepleierne var der, heller enn et nærmere bekjentskap. Følelser ble mestret gjennom en “ikke ta det for alvorlig” strategi i sykehuset.

Sykepleierne viste interesse, åpenhet, velvilje. Dette tjente til å dempe frykt og uro hos pasientene. Kommunikasjonen svarte kvalitetsmessig til første steg i en problemløsende strategi. Men pasienter som opplevde sin situasjon såvidt psykisk belastende at de trengte grundigere hjelp for å bearbeide følelser og handle problemløsende, fikk ikke den type hjelp. Pasienter som opplever tap av pårørende eller savner støtte fra nære pårørende savnet slik hjelp. Det fremkom ikke informasjon fra datamaterialet om at strategier for mer målrettet hjelp eller dypere bearbeiding av følelser ble praktisert. Sykepleiere bør

handle kompetent og gi tilbud om veiledning til pasienter som opplever at ”tankene setter seg fast”.

Konklusjon.

Jeg vil konkludere med å peke på de viktigste funn i pasientmaterialet.

- * Pleierne legger til rette for kontakt og støtte fra nære pårørende, og dette betyr mye for de fleste av kreftpasientene. Både reell støtte fra pårørende og at muligheten for støtte er til stede, kan forebygge og redusere frykt og engstelse. Sykepleiere tilrettela for kontakter med pårørende, men det er ikke gjennomgående at kontakt med pårørende ble forstått i tråd med pasientens syn, eller med væremåte i pasientenes kultur eller familiegruppe.
- * Sykepleiere gav til kjenne støtte gjennom vist interesse, velvilje, forekommende åpenhet og hyppige men korte kontakter med pasientene. Sosialt støttende kommunikasjon førte til at pasientene i høg grad følte seg forstått og verdsatt.
- * Sykepleierne gav følelsesmessig støtte i betydningen støtte til å dempe og kontrollere følelser i hverdagen, men ikke til å bearbeide sterke følelser. Passende bruk av humor, stabilt humør og sykepleiernes vennlige vesen virket følelsesmessig betryggende. De fleste pasientene var tilfredse med denne støtten. De fleste ønsket ikke mye åpenhet om sine følelser, og ønsket noe kommunikasjon om følelser. 1/5 av informantene ønsket hjelp med bearbeiding av følelsesmessige reaksjoner. Det fremkom ikke funn for problemløsende hjelpeprosesser med bearbeiding av følelser og handling for å nå pasientens nye mål. I tilfeller hvor slik hjelp var ønsket men ikke fant sted, forklarte pasientene dette særlig med at sykepleiere hadde knappet på tid, men og ut fra uheldige rutiner eller mangelfull kompetanse hos sykepleierne.

4.2.4 Praktisk hjelp og støtte i hverdagen

I dette punkt er pasientenes opplevelser av støtte i tilknytning til deres behov for praktisk hjelp tema. Hva var viktig for pasientene? Hvilke ønsker og forventninger til kommunikasjon om praktisk hjelp og støtte hadde kreftpasientene? Hvordan opplevde de kvaliteten i samspillet? Erfarte pasientene at ønsker og forventninger ble imøtekommet?

Tema som ble tatt opp i intervjuene var hjelp til å få stelt seg, hjelp ved plager som smerter og kvalme, hjelp når pasientene hadde problemer med å få i seg tilstrekkelig med mat og drikke og hjelp og støtte ved behov for aktivisering eller for ro og hvile. Samlet viser funnene her at pasientene opplevde å få praktisk omsorg med hovedsakelig god kvalitet. Data som underbygger funn for alle temaene, beskrives først og drøftes til slutt under dette punktet.

- ***Velvilje og respekt og hjelp for å få stelt seg.***

Sykepleierne kommuniserte på en god måte når de utførte stell av pasientene. Sykepleierne viste pasientene respekt, selv om de hadde liten tid. Og de var blide og forekommende. Dette satte informantene pris på.

Noen pasienter hadde generelle kommentarer til den praktiske støtte som ble gitt. Pasientene i gruppe 1 som hadde fått kreftdiagnose siste måned, var blant disse. Pasient nr. 7 mente sykepleierne var “staute og så hjelpsomme som bare det”. Pasient nr. 12 mente sykepleierens måte å ivareta de daglige behovene var ”veldig grei”. En sengeliggende pasient i gruppen (nr. 19) fremhevet at han fikk hjelp til stell. Sykepleierne stelte pasienten som en “reivunge”, slik at han skulle oppleve kroppslig velvære;

veldig snill og rister opp i senga og steller sånn at jeg skal ligge godt og.

Sykepleierne var dyktige i sin kommunikasjon med pasienten i slike sammenhenger. De viste pasienten respekt på en trivelig måte.

To pasienter i gruppe 2 (nr. 15 og nr. 16) mente det var greit med den hjelpen de fikk da de var sengeliggende, men fortrinnsvis greide de seg selv, noe de også ønsket. Pasient nr. 8 hadde gruet seg til å bli stelt i senga da han var nyoperert, men pleierne tok dette veldig greit.

En pasient i gruppe 3 (nr. 20) hadde observert sykepleierne da en medpasient måtte vaskes fordi han var hjelpeløs og fikk avføring i senga, “men nei da, det er den samme tonen”. Det var ofte to pleiere kom og løftet denne pasienten høyere opp i senga og ristet på putene, fordi han seg ned mot fotenden. Pasienten berømmet pleiernes væremåte;

ja - men like blid og bærer ut og skifter sengklærne til stadighet og - nei det er visst jobben deres finner jeg ut.

En pasient i gruppe 4 (nr. 13) fortalte at hun ikke trengte spesiell hjelp til stell, men fikk hjelp når hun bad om det. Hun hadde lært seg å si fra når hun trengte hjelp. For øvrig tok ikke informanter i gruppe 4 opp samtaler om hjelp til stell som tema i intervjuene.

I spørreskjemaene stilte jeg spørsmål om betydningen av hjelp til stell og om betydningen av å greie å stelle seg selv. Med rangering fra 0 (ingen betydning) til 4 (betyr svært mye), ble middelveidien 2,85 for betydningen av å få hjelp til stell. Middelveidien for betydningen av å greie å stelle seg selv ble 3,15 (3 betyr ganske mye). Å greie å stelle seg selv betydde “ganske mye”. Å få hjelp til stell betydde i underkant av “ganske mye”. Uavhengig av hvor mye behov for hjelp til stell pasientene hadde, ble de i kommunikasjon med pleierne vist velvilje og respekt.

- ***Variert, men oftest god hjelp og forståelse ved smerter eller andre plager.***

En av pasientene som fikk kreft siste måned (nr. 12) ble lagt inn i sykehuset på grunn av store smerter. Han fikk tabletter for smertene, og han mente at rutine med medisinutdeling ikke var helt gode. Han fortalte om en sykepleier som først gikk runde med “ordinær” medisin, og deretter kom med de smertestillende tablettene. Han satt og ventet på den smertestillende medisinen, og ble litt irritert da sykepleieren først kom med en uvesentlig tablett, sannsynligvis en vitamintablett. Pasienten mente dette tydet på et dårlig koordinert system. Han så det som viktig at sykepleierne holdt faste tider for utdeling av medisiner som var viktige for å få redusert smertene.

En pasient i gruppe 2 (nr. 15) ble ikke trodd da hun fortalte en sykepleier at hun hadde leddsmerter i armene og hoftene. Sykepleieren mente pasienten ikke hadde smerter, for hun kunne jo bevege leddene normalt. Sykepleieren var “så påståelig”. En annen pasient i gruppe 2 (nr. 8) fortalte om samtaler med sykepleiere når han i tida etter kreftoperasjonen var plaget av smerter og kvalme. Han fortalte om en episode hvor en veldig trivelig “nattsøster” kom inn på rommet. Hun rakk ikke å si navnet sitt før han kastet opp. Det syntes pasienten var “ekkelig”. Men nei da, de var vant til slikt;

så det måtte jeg ikke bry meg om - det var sånn det skulle være.

Han hadde fått smertestillende “stikkpiller bak”, og vært smertefri av den grunn. Den fjerde dagen etter operasjonen mente pasienten at det ikke var nødvendig med denne medisinen, og han ville prøve å klare seg uten. Han ble svært kvalm og kastet opp så det sprutet. Sykepleierne sørget for at han på nytt fikk medisin. Etter hvert gikk plagene over, “så det gikk jo bra”. Pasienten mente at han hadde forårsaket denne hendelsen selv, for det var han som trodde medisinen ikke var nødvendig lenger.

En pasient i gruppe 3 (nr. 20) illustrerte sitt syn på at sykepleierne ikke “larvet”. Han hadde hatt vondt i veikryggen av å være sengeliggende. En sykepleier ville prøve å hjelpe med å smette en pute under ryggen, men hun måtte hente hjelp for å få dette til. Pasienten mente han selv kunne være behjelpelig ved å ta i og løfte seg selv. Det hadde han ikke lov til sa sykepleieren. Hun hentet hjelp. Hun var punktlig og hun fulgte de faglige reglene.

To i gruppe 4 fortalte om samtaler med sykepleiere i sammenhenger hvor pasientene hadde smerter eller andre plager. Pasient nr. 22 hadde i noen perioder ligget og hatt vondt “og sånn” om natta. Han snakket med sykepleierne om det, og mange ganger kom de inn og pratet med ham og hjalp ham. Disse samtalerne var til god hjelp for pasienten.

Pasient nr. 9 var tilfreds med kommunikasjonen i situasjoner hvor hun hadde smerter og ble litt “nedfor” av det. Kommunikasjonen med sykepleierne betydde mye i slike situasjoner. I en periode hadde pasienten ryggsmarter, og hun fortalte at sykepleierne hjalp henne på alle måter med det hun ikke klarte selv. Hun hadde da lammelser og kunne ikke hjelpe seg selv. Pleierne gjorde sitt beste for at hun skulle ligge så behagelig som mulig:

ja vet du jeg hadde jo ryggsmarter -
og du verden å prøve med den puta og prøve med den puta -
jeg skal hente en annen pute og kjenne om det er noe likere og -
midt oppe i travelheten så hadde de tid til det.

Det ble mange tunge tak for sykepleierne i den perioden.

- ***Sykepleiere viste dyktighet i oppmuntring og hjelpetiltak for kreftpasient uten matlyst.***

Pleierne var veldig flinke syntes pasient nr. 11, som mente en fikk et annet innblikk i deres dyktighet når en var pasient. Hun fortalte at all mat smakte “pyton”. Vannet var forferdelig og safta var ikke “drikkende”. Pasienten fikk intravenøs væsketilførsel. Pleierne spurte jevnlig om det var noe hun hadde lyst på, og ba henne si fra. Og om det viste seg at hun når det kom til stykket

ville prøve noe annet i stedet, så var det greit. Hun kunne velge. De skiftet drikke hele tiden og sørget for at drikken var frisk og avkjølt med isbiter. Det var ikke bare det at hun fikk drikket litt, men det smakte godt å få litt kald drikke i munnen. Pleierne syntes det var veldig fint når pasienten fikk matlyst. Hun husket det første måltidet, det var fiskepudding med gulrot og poteter. Hun hadde “aldri smakt noe så godt”.

Betydning av hjelp og støtte når pasienter med kreft mister lysten på mat og drikke ble understreket av svarene i spørreskjema. Svar på spørsmål om betydningen av ni variabler ble sammenholdt, og her ble middelverdien høyest for betydning av god og fordøyelig mat og drikke. Dette betydde “ganske mye” til “svært mye” for kreftpasientene. Eksemplet ovenfor viser at oppmuntring og motivering ble høyt verdsatt. Sykepleierne viste dyktighet som bare pasienter med slike plager kunne forstå.

- ***Samtaler stimulerte nyopererte pasienten til aktivitet.***

Sykepleierne viste praktisk “håndlag” og ferdigheter, og evnet å stimulere pasientenes egen aktivitet. Noen pasienter gruet seg for å komme seg opp av senga etter kirurgiske inngrep. Pasient nr. 11 hadde mest lyst til å ligge etter operasjonen. Hun syntes sykepleierne var dyktige til å motivere henne for å være oppe. De sa pasienten måtte prøve å komme seg opp hvis hun hadde lyst til det, og de hjalp henne til å sitte oppe ved senga når legen kom. Legen sa han virkelig hadde håpet på å se henne oppe. Hendelsen førte til at pasienten fikk mer lyst til å stå på videre.

- ***Pasienter savnet samtaler med sykepleierne om ro og skjerming.***

De fleste pasientene understreket at de hadde behov for ro og hvile i sykehuset; det var godt når en var syk. Det ble ikke vist til kroppslig hvile alene, men til behov for å være litt for seg selv, oppleve litt privatliv og slippe å forholde seg til andre pasienter sine problemer. Pasientene pekte og på vanskelighetene for personellet med å overholde taushetsplikten når flere pasienter lå sammen. Noen mente legevisitten var et problem i så måte.

En pasient lå på korridoren da hun hadde fått vite diagnosen, og pasienten opplevde det som “trasig”. Hun hadde behov for å være skjermet. Pasienter som lå på rom sammen med andre pasienter, syntes forheng mellom sengene gav en følelse av å være litt for seg selv. Noen pasienter som lå sammen med andre, gikk til dagligstua og leste eller så på TV for å få litt tid for seg selv.

Pasienter som delte rom med andre syntes det var slitsomt å måtte forholde seg til medpasientenes problemer. Pasient nr. 11 var blitt “bombardert” med problemene til en medpasient;

jeg hadde jo mine problemer ikke sant

og hun hadde jo sine ...
og ikke nok med sykdommen
men det var jo liksom hele livsløpet.

Dette var ikke noe hun sa fra til sykepleierne om. Det var slitsomt, men det “gikk bra”.

Men pasientene hadde også positive erfaringer fra å dele rom. En kunne utveksle tanker og erfaringer, glede andre og få adspredelse. Pasient nr. 8 delte rom med en annen som hadde veldig godt humør og slett ikke var tung til sinns, “så det var jo oppløftende bare det”. Noen pasienter så det som en fordel å dele rom med pasienter med lignende diagnoser som seg selv.

Spørreskjemadataene underbygget pasientenes syn på betydning av ro og skjerming. Med svaralternativer fra ingen/svært liten betydning (0) til betyr svært mye (4), ble middelveidien 3,10 på spørsmål om ro og hvile hadde betydning for å være tilfreds med sykehusoppholdet. Svarene varierte fra “betyr noe” til “svært mye”. Materialet har vist at pasienter aksepterer slitsomme situasjoner uten å ta disse opp med sykepleierne, og at pasientene savnet samtaler om slike situasjoner.

Drøfting.

Pasienterfaringer av praktisk omsorg med hovedsakelig god kvalitet har vist at samspill i tilknytning til praktiske og kroppslige problemer oftest gav gode løsninger. Sykepleiere gav instrumentell støtte ved å ta seg av pasientene og hjelpe dem. De gjennomførte noe praktisk, og kommuniserte omsorg gjennom instrumentell handling. House (1971) påpeker at en rent instrumentell handling eller service også har psykologiske konsekvenser. Begrepet instrumentell viser til “instrument”, og peker i seg selv på at hjelperen er et verktøy eller redskap til hjelp for den andre. Her dreier det seg om hjelp til selvhjelp. Hjelpen omfatter samspill og praktisk problemløsende tiltak som fordrer faglig kompetanse. Funn har vist at sykepleiere overveiende gav hjelp av faglig kvalitet.

Hjelp og støtte for å få stelt seg.

Kommunikasjon i sammenhenger hvor det foregår praktisk tilrettelegging og gjennomføring av stell, ble ikke spesielt fremhevet i intervjuene. Samtaler i

slike sammenhenger ble sannsynligvis oppfattet som dagligdagse, og ikke som noe det var vesentlig å formidle informasjon om i intervjuene. Hjelp til stell er en selvfølgelig sykepleiefaglig aktivitet. Det er et paradoks at pasientene ønsket hjelp til stell samtidig som det betydde mye for dem å klare seg selv. Dette kan ha sammenheng med deres oppfatning av spørsmålet som generelt, og ikke knyttet opp mot en bestemt situasjon. Jeg tolker svarene dit hen at det betydde ganske mye for pasientene å være ved så god helse at de var i stand til å greie å stelle seg selv.

Støtte når pasientene hadde smerter eller andre plager.

Et par eksempler viser at det forekommer at sykepleiere handler overfor pasientenes problemer, uten først å skaffe seg innsikt i og forståelse for pasientenes syn på problemene. Smerteopplevelse som ikke ble tatt på alvor, er eksempel på at det forekom kommunikasjon hvor sykepleiere ikke forsto pasientenes perspektiv og informasjon om problemer.

Eksemplet hvor en pasient fikk utdelt vitamintabletter, og måtte vente på den smertestillende medisinen, illustrerer at rutiner på systemnivå ikke alltid er gjennomtenkt med hensyn til pasientenes opplevelse av hva som prioriteres. En slik rutine førte til at pasienten ble skuffet over servicen. Sykepleierne var sannsynligvis ikke oppmerksomme på denne type uheldige virkninger av rutinemessig prioriterte oppgaver.

Dersom sykepleiere utfører handlinger med instrumentell støtte som hensikt for rutinemessig, kan pasientene oppleve dette som rutineoppgaver, heller enn som individuell støtte. Instrumentell støtte skal være til hjelp for å løse den enkelte pasients problemer. Sykepleiere bør følgelig anvende ferdigheter i profesjonell problemløsende kommunikasjon (Hargie 1999), og finne ut hvilke praktiske handlinger som fører til gode løsninger i den enkelte situasjon. Målrettet handling er å betrakte som siste steg i den problemløsende

prosessen. Først på dette nivået kan handlingene bli oppfattet som instrumentell støtte og hensiktsmessig hjelp.

Med få unntak ble forventninger til hjelp imøtekommet på måter som pasientene var vel tilfredse med. Pasientene fortalte om hendelser hvor kommunikasjon med sykepleiere betydde mye for dem. Et eksempel var hjelp gjennom samtale med en sykepleier da en pasient lå våken om natta på grunn av smerter. Dataene viser at sykepleiere hadde forståelse for pasientenes opplevelser og samarbeidet med pasientene om kreative løsninger. De forsøkte å løse problemene på best mulig og faglig forsvarlig måte. Eksempler viste at sykepleiere og pasienter samarbeidet, slik at pasienten fikk forsøke fremgangsmåter han selv hadde tro på. Tjenesteytere gir omsorg med god kvalitet dersom de forsøker å se hjelpebehovene ut fra pasienten sitt ståsted uten å miste sitt eget faglige perspektiv (Sosial- og helsedepartementet 1999-2000). Mitt materiale viser eksempler på omsorg med slik kvalitet.

Mat og drikke.

Pasienter med kreft kan oppleve endret smaksopplevelse, og sykepleierne syntes å forstå dette. De sørget for at en pasient med denne type problemer hadde muligheter for valg. Hun kunne velge bort noe hun først hadde trodd hun ville spise. Problemet synes derved ikke å ha blitt forsterket av press om å prøve å spise. Sykepleierne kommuniserte interesse for pasienten og glede når problemet forsvant. Betydningen av god kommunikasjon og enkle tiltak i slike situasjoner, var noe pasienten hadde fått forståelse av i situasjonen. Et glass friskt drikke var noe mer enn drikke, det var tegn på omtanke. Sykepleierne viste også på dette punkt omsorg med god kvalitet.

Aktivitet, ro, hvile og tid for seg selv.

Pasientene syntes å være tilfredse med den hjelp og støtte de hadde fått for å være i fysisk aktivitet når de var nyopererte. Men intervjumaterialet viste at pasientene la mer vekt på den betydningen ro, hvile og skjerming hadde for

dem. Svar som ble gitt i spørreskjemaene, og det at hele femten av tjue tok opp dette tema i intervjuene, viser hvor stor betydning ro og hvile hadde for informantene. Materialet viser også at pasientene opplevde det som slitsomt å forholde seg til medpasientenes problemer. De så det som problematisk å ta opp dette med sykepleierne.

Oppsummering.

Tendensen var at pasientene var tilfredse med omfanget av instrumentell støtte og hjelpende handlinger. Til sammenligning finner jeg en studie hvor støtte til amerikanske kreftpasienter er basert på House sin inndeling av typer sosial støtte. Her fant man at pasientene fikk mer instrumentell støtte enn informasjonsstøtte, emosjonell støtte og bekreftende sosial støtte (Galbraith 1995). I refererte studie var tilfredshet med støtte relatert til mengde støtte pasientene mente de fikk. Mine data viste at pasientene var tilfredse med mengde instrumentell støtte. Men informantene var mer opptatt av måter de fikk støtte på enn av omfanget.

Håndlag og praktisk ferdighet var en side ved utførelse av oppgaver som pasientene var tilfredse med og satte pris på. Den sosiale dynamikken var en annen viktig side ved måten de fikk hjelp på. Pasientene satte pris på samarbeid, kreativitet og tålmodighet i arbeidet med å finne gode problemløsninger. De ønsket hjelp til selvhjelp, men verdsatte samtidig den hjelp de fikk når de var sengeliggende eller hadde smerter eller andre plager.

Kommunikasjon mellom den enkelte pasient og sykepleier ble oftest beskrevet som praktisk problemløsende. I situasjoner hvor det var vanskelig å forutsi hva som var den beste løsningen på for eksempel et smerteproblem, samarbeidet pasienter og personell for å finne frem til gode løsninger. I fremtiden får denne type samarbeid mellom pasient og helsearbeider en sterkere posisjon gjennom Lov om pasientrettigheter (Sosial- og helsedepartement 1998a).

Undersøkelser har vist at pasienter skiller mellom profesjonell opptreden som gir trygghet og uprofesjonell opptreden, hvor sykepleiere er unnvikende eller viser uorganisert atferd som medfører at pasienten selv må ivareta sine behov (Larson og Ferketich 1993). Mitt materiale illustrerer at problemløsninger knyttet til direkte praktisk hjelp oftest var positivt opplevet av pasientene, men det forekom at sykepleiere ikke forsto pasientens problemopplevelse. I noen sammenhenger handlet sykepleiere ut fra rutiner i avdelingen, uten å se praksis i sammenheng med pasientens opplevelser av hvordan sykepleiere prioriterte hjelp for å redusere smerteproblemer. Det forekom og at sykepleiere ikke viste ferdigheter i problemløsende kommunikasjon for å finne ut av og forstå smerteproblemer. Behov for ro, hvile og skjerming var forhold hvor det særlig ble pekt på ønske om mere kommunikasjon om hensiktsmessige løsninger for pasientene. Her synes det å være behov for forbedringer. Men materialet viser at pasientene opplevde personellens opptreden i overveiende grad som profesjonell.

4.3 Helsefremmende kommunikasjon

Pasientenes syn på kommunikasjon som informativ, sosialt bekreftende/sosio-kulturell, følelsesmessig (emosjonell) og praktisk (instrumentell) støtte er beskrevet i kapittel 4.2. Kapittel 4.3 innledes i punkt 4.3.1 med beskrivelse og drøfting av pasientenes meninger om egen helse mens de var i sykehuset. I etterfølgende punkt 4.3.2 presenteres resultater for hva pasientene mente kommunikasjonsforholdet med sykepleierne førte til. Hvilken betydning hadde god kommunikasjon for pasientenes opplevelse av helse mens de var pasienter i sykehuset? Kapitlet avsluttes med en betraktning av sammenhenger som trer frem mellom støttende kommunikasjon og opplevelse av helse. Drøftingen leder frem til en hypotese om pasienters syn på kommunikasjon med helsefremmende kvalitet.

4.3.1 Helseforestillinger blant kreftpasientene

Kreftpasientene står overfor mange problemer når de er i sykehuset. De må oppholde seg i nye omgivelser og gjennomgå diagnostiske og behandlende prosedyrer de oftest ikke har erfaring med fra tidligere, og som utføres av fremmede mennesker. Smerter og andre plager kan i varierende grad hemme pasientene. Hva mener pasienter er helse for dem her og nå i slike situasjoner? Hvilke oppfatninger hadde informantene om egen helse i den tida de var pasienter i sykehuset? Opplevde de seg som maktesløse? Hva mente de var god eller mindre god helse for dem i tida da de var pasienter i sykehuset? Funn (markert med punkt foran uthevet kursivert skrift) og data for pasientenes oppfatninger om helse beskrives før drøfting av funn.

- ***God helse forstått som å være frisk, sunn og trygg på alle måter.***

I intervjuene beskrev noen få pasienter hva de la i begrepet helse generelt. Andre beskrev ulike aspekter ved helse for seg, slik de opplevde den når de var pasienter i sykehuset. En kvinne i 50-årene (pasient nr. 18) beskrev helse som å oppleve fravær av problemer og å fungere fysisk, psykisk og sosialt:

ja men helse - sånn egen helse - det er kanskje det ...
ja - at en kanskje ikke går og kjenner på at en har vondt noen plass
og at en ikke har psykiske problemer
og at en fungerer i samfunnet
med sine nærmeste og omgivelsene og arbeidsplassen
og at en føler at en har det godt og står på en trygg plattform -

Helse, underforstått *god* helse, eller å være “sunn og frisk på alle måter”, var å ha det godt og ha grunnleggende trygghet i livet. Pasienten pekte på faktorer i mennesker og omgivende miljø som hadde helsemessig betydning. Hun brukte ikke termen fullstendig fravær av smerter, men pekte på smerter som noe en kjente på over tid, som en faktor som hemmet opplevelse av god helse. Hun så store psykiske problemer eller vanskeligheter av psykisk art som hemmende for en god helse;

det er jo behagelig det sikkert å være problemfri men -
ja altså hvis problemene er for store
så vil jeg jo tro at det går utover den psykiske helsa da -
og det igjen kan vel forplante seg rent fysisk.

Hun ga ikke eksempler på hemmende sosiale faktorer, men pekte på den positive betydningen av å fungere i samfunnet med sine nærmeste, i omgivelsene og arbeidslivet.

• ***Kreft som trussel mot helse og livskvalitet hos pasienter i sykehuset.***

“Plattformen” trues når en får kreft, fordi sykdommen kan være en direkte trussel mot ens eksistens. Men en har ikke så mye valg når en har fått kreft og står oppi det, sa pasient nr. 18. Hun mente en måtte prøve å gjøre det beste ut av det. Selv syntes hun at hun hadde tatt situasjonen med kreft relativt fornuftig. Det var noen bøyger for alle mennesker, og dette skulle hun greie. På spørsmål om hvordan hun hadde opplevd sin egen helse i den tida hun var pasient i sykehuset, svarte hun at hun hadde vært opptatt av å komme igjennom prosedyrene som hadde med sykdomsbildet å gjøre;

og utålmodig etter å komme i gang med stråling
og liksom bli ferdig med det
sånn at jeg kunne komme ut på andre siden -
og forhåpentligvis erklære meg som frisk
og nå er det gjort.

Når hun sammenlignet seg med andre, mente hun at det sto ganske bra til med henne. Hun gikk fortsatt til cellegiftbehandling, men følte seg trygg i hverdagen. Målet var at hun skulle bli helt frisk. Pasienten syntes å oppfatte sin psykiske helse som god. I sykehuset ønsket hun å få medisinsk hjelp som førte til helse i betydningen fravær av sykdom.

Pasient nr. 14 var også opptatt av kreften som truet kroppen og som følgelig truet selve livet;

ja det er jo det at for å leve så må jeg jo ha den ... ikke sant
men det er når du har sånn redusert helse at det går ut over livskvaliteten din
og at på en måte kan du si for enkelte å møte døden ikke sant
så er det klart at da er det *det* som er grunnlaget ...
for å ha god livskvalitet.

Små fysiske plager kan man leve med, mente pasient nr. 14. Det ble redusert helse når plagene gikk ut over livskvaliteten, og kroppen som forutsetning for å leve ble truet. De første symptomene på kreft hos denne pasienten var hoste, og det hadde hun ikke tatt alvorlig. Hun kjente seg ikke kroppslig syk. Da hun fikk vite at årsaken var kreft, var den psykiske belastningen størst der og da. Men helse omfattet jo både kropp og psyke, og det var kreft i kroppen som var blitt det store problemet for henne;

men det er klart så sånn som for meg som får så alvorlig sykdom
på en måte må begynne å forhold seg til døden og det -
det er klart det er den fysiske helsa som er viktigst da.

Det psykiske betydde en del, men for henne kom det etter det fysiske. God helse er noe av det viktigste en kan ha, sa pasient nr. 14. Hun hadde begynt å reflektere over hva som var viktig;

du kan si at man får en alvorlig sykdom og ...
så begynner en jo å reflektere litt
over hvor mye andre ting som egentlig blir ganske uvesentlig da
i forhold til det at en har god helse...
jeg tror nok når jeg kommer gjennom det her
og kommer meg tilbake til normalt gjenge igjen
at jeg kommer til å være mye mer takknemlig over å kunne være frisk da
i mye større grad enn det jeg har vært tidligere.

Pasienten mente at å få kreft, som er en alvorlig sykdom, hadde ført til at hun var blitt takknemlig over livet i mye større grad enn tidligere. Hun hadde endret perspektiver på hva som betydde mest, og var nå mer opptatt av å skille det vesentlige fra det uvesentlige i livet.

Pasient nr. 19 hadde for tida en helse som ikke var "så mye å skryte av". Han var sengeliggende og fikk hjelp med å ivareta personlig hygiene. For ham gikk helse på kroppslig velvære nå mens han var i sykehuset;

det er klart at velvære vet du det er helse det.

Sykepleierne kommuniserte at de ville yte hjelp som fremmet velvære. Pasienten pekte også på mental velvære. Han greide ikke å følge med tiden nå, og det irriterte ham. Han skulle hatt en stor klokke;

klokka har mye å si
men jeg vil gjerne vite hvilken dag er det i dag?

Det var en form for velvære det og, - å kunne følge med tiden.

Pasient nr. 12 mente helse var “kroppen og en selv”; hvordan en brukte seg selv og kroppen sin, og hva en trengte for å fungere. Svikt i en funksjon førte til dårlig helse. Han mente pleie av kroppen var pleie av ens helse. En del av helseoppbygginga var det at en trimmet musklene. Det var og helseoppbygging at en pleiet humøret. Godt humør hadde veldig mye å si for det psykiske. Han viste som eksempel til det at en kunne være nervøs og grue for behandling og operasjon. Da hadde det veldig mye å si at en hadde godt humør, og etterpå kunne tenke at “det var da ingenting”.

Pasient nr. 13 mente helse var å ikke ha mye vondt, og å greie seg mest mulig selv i hverdagen. Pasient nr. 20 mente helse var “å komme i tur”. Han var i ferd med det nå. Sykepleierne kommuniserte på en måte som var til hjelp for å oppleve at hans helse ble fremmet ved at de ikke så situasjonen som vanskeligere enn den faktisk var.

Noen pasienter mente de hadde hatt god helse da de var i sykehuset. Pasient nr. 15 hadde ikke fysiske plager som hemmet hennes helse den uken hun var pasient;

nei jeg synes - jeg - etter operasjonen og sånt - helsa mi var veldig god for jeg fikk det smertestillende i ryggen og fungerte og så var det ei lita stund med tabletter da - det var et par dager etterpå - så hadde jeg ikke noe mer (smertebehandling) - helsa mi den tida jeg lå på sykehuset var - jeg var frisk - ja ... oppreist hele tida etter mageoperasjon og liksom ... ja aktiv og - nei helsa var bra - var helt topp egentlig mot hva jeg tenkte meg det kunne være hvis jeg ikke hadde hatt smertepumpa så hadde jeg og sikkert “seget i hop” og hatt det vondt tenker jeg.

Pasienten mente selv hun var psykisk sterk. Dessuten hadde hun vært smertefri, og av den grunn kunne hun fungere og være i aktivitet mens hun var pasient i sykehuset.

Pasient nr. 16 var heller ikke “dårlig”. Det skjedde ikke så mye forandring, så helsa var likedan før og etter operasjonen. Men hun var oppmerksom på at kreft kunne være “ganske snikende”. Pasient nr. 17 hadde også følt seg i ganske god form med unntak av periodene når hun fikk cellegiftbehandling. Hun ble gradvis bedre etter hver kur. Pasienten hadde riktig nok opplevet

smerter og slikt, og da var det mye lettere å ta til tårene enn til vanlig. Det hadde årsak i den psykiske belastningen, mente hun. Hun pekte på vekselvirkning mellom det fysiske og det psykiske. Ble den psykiske belastningen for stor, så virket det inn på det fysiske. Stress kunne “gå på magen”. God helse så hun som å være i god form både fysisk og psykisk. Med dårlig helse kjente en seg derimot “helt utslått”, og det hadde hun ikke opplevet som kreftpasient i sykehuset.

Drøfting.

Funn har vist at god helse var forstått som en tilstand hvor en person var sunn og frisk “på alle måter” og sto på en trygg plattform sosialt og økonomisk. God fysisk og psykisk helse førte til opplevelse av livskvalitet i betydning å ha det godt og trygt. Kreft var en trussel mot liv, helse og livskvalitet. Redusert helse førte til redusert livskvalitet. Fravær av livstruende sykdom var en viktig og avgjørende side ved helsen, og denne dimensjonen sto på spill for pasientene. De hadde forskjellige fremtidsutsikter med hensyn til å leve med kreft en tid, eller å bli frisk av kreft.

Kreft som en mulig trussel mot livet forsøkte pasientene å ta med fatning.

Kreft ble oppfattet som en alvorlig sykdom som truet livet, men det ble og vist til at mange mennesker ble friske av kreft. Fjorten pasienter hadde som mål å bli helt friske, mens fire fikk behandling for å kunne leve en viss tid, og to var uvisse på diagnose og prognose. I noen sammenhenger var troen på å bli frisk sannsynligvis basert på vilje heller enn viten. En pasient som mente han hadde fått kurativ behandling, døde av kreften et halvt år senere. Jeg ser ikke bort fra at noen av de som tok kreften med “fatning”, var preget av trekk i kulturen: En skal ta motgang med fatning og mestre vanskeligheter uten å klage. Det er dessuten sannsynlig at det var viktig for den psykiske helsen at pasientene bevarte håp og pågangsmot, og holdt en mulig trussel mot livet på noe avstand. Dersom en hadde fått sykdommen, hadde en ikke noe valg, og måtte gjøre det beste ut av situasjonen. Frykt, depresjon og fastlåste tanker og følelser hemmet deres evne til å fungere i dagliglivet. Pasientene viste til “fatning” og forhåpning om å klare en fremtid med kreft eller å bli frisk fra

kreften. Det er blitt vist til sammenhenger mellom håp og helse (jfr. kapittel 2.3.3). Materialet har vist at kreftpasientene brukte “et visst håp” som hjelpestrategi i situasjonen.

Fysiske og psykiske komponenter ved helsen bidrog til å fremme livskvalitet.

Fysisk betydde god helse normal kroppslig fungering, velvære og fravær av store plager, samt fravær av kreft i kroppen. Pasientmaterialet viser at forestillinger om helse som velvære fungerte som norm eller mål for akseptabel fungering i sykehuset. Tegern (1994, 1995) har beskrevet lignende helseforestillinger i befolkningen.

Mine data viser at å fungere og ivareta dagliglivets gjøremål var tegn på akseptabel helse i tida da pasientene var i sykehuset. Sengeliggende pasienter så velvære som en viktig side ved sin helse.

Psykisk betydde god helse at en ikke opplevde store psykiske belastninger, og følte at en mestret situasjonen. God psykisk helse var relatert til styrke og evne til ta situasjonen med fatning uten å gjøre den vanskeligere enn den faktisk var. Fatning og humør var personlige ressurser for å fungere i situasjonen hvor kreften var en trussel mot livet. Stor psykisk belastning over tid var å betrakte som en risiko for den psykiske helsen. Forestillinger om helse som mental styrke hadde betydning for mestring av situasjonen. Generelt viser ikke materialet til en fatalistisk helseoppfatning, slik Tegern (1995) tidligere har registrert hos kreftpasienter.

For pasientene hadde både fysiske og psykiske sider ved helsen betydning. For det ene var situasjonen psykisk krevende. Å få beskjed om kreft eller sannsynlig kreft var brudd med det vanlige livet og med forventninger om ens fremtid. Det førte til psykiske reaksjoner og følelser av frykt og usikkerhet. Noen opplevde usikkerhet og frykt som en stor psykisk belastning. Andre så situasjonen med kreft som noe de mestret uten i samme grad å oppleve den

som psykisk belastning. En måtte ikke se for alvorlig på situasjonen. De fleste mente humøret betydde mye for den psykiske helsen.

Den andre typen helseproblemer var knyttet til fysisk velvære og fungering. En fikk redusert fysisk helse dersom en hadde store og/eller varige kroppslige plager som følge av undersøkelser, behandling eller selve sykdommen. Den fysiske helsen ble oppfattet som god/akseptabel dersom plagene ikke var så store at de hemmet pasienten i å være oppe og i normal aktivitet. Den fysiske helsen var redusert dersom pasienten som en følge av den måtte være sengeliggende. Da var velvære en viktig faktor ved helsen. Med ytterligere redusert helse gikk det ut over ens velvære, og en ble "helt utslått".

Pasientene mente det var sammenheng mellom fysiske og psykiske helseproblemer. Psykiske belastninger kunne virke på kroppen, og smerter og andre plager kunne virke inn på psyken. I sykehuset var helse å mestre begge typer problemer på slik måte at en fungerte med både kropp og sinn. En kan følgelig se opplevelse av å fungere som pasientenes helsemessige mål for oppnåelse av akseptabel livskvalitet i den tida da de var i sykehuset.

God støtte fremmet helse og opplevelse av akseptabel livskvalitet.

Forutsetninger for å oppleve helsen god nok for å fungere, var på den ene siden egne ressurser og støtte fra familie eller venner. På den andre siden var personellet sine handlinger, væremåte og kommunikasjon ressurser som var til hjelp for å fungere i sykehuset. Forventninger er medvirkende når en danner seg oppfatninger om samspillpartnere (jfr. kapittel 2.3.5). Pasientene hadde gjennomgående positive forventninger til pårørende og til personellet.

Oppsummering.

Foruten frisk - syk dimensjonen ble helse betraktet som en subjektivt opplevet tilstand. God helse var knyttet til opplevelse av å fungere med kropp og sinn og å ha det trygt og godt i livet. I sykehuset var livskvalitet i betydning

akseptabel velvære og daglig fungering vesentlige helseaspekter. Forutsetninger for å fungere i sykehuset var særlig fravær av vedvarende plager og smerter eller store psykiske belastninger. Aspekter av betydning for kreftpasientenes livskvalitet, var deres vilje til å mestre situasjonen, støtte fra pårørende og personellet støtte og hjelp for å fremme velvære og funksjonsevne.

4.3.2 Kommunikasjon som støtte for å fungere

Resultater beskrevet i kapittel 4.2 viser at kommunikasjonen mellom pasienter og sykepleiere i noen sammenhenger kunne ha vært bedre, men oftest ble den opplevet som støttende. Det var altså rom for forbedring selv om kommunikasjonen overveiende var av god kvalitet og hadde positiv virkning på pasientenes opplevelser av helse som velvære, opplevelse av å fungere og mestre tanker og følelser. I det følgende undersøker jeg hvorvidt antagelsen om overveiende god kvalitet i kommunikasjonsforholdet underbygges av data fra spørreskjemaundersøkelsen.

Førte kommunikasjonsforholdet til positive opplevelser?

I spørreskjemaet til pasientene bruke jeg semantisk differensial. Jeg benyttet åtte par av utsagn som uttrykte motsatte meninger om hva samspillforholdet førte til. Formålet med denne metoden er å måle respondentens meninger (jfr. kapittel 3.2). Ved hjelp av en syvdelt skala var det mulig å oppnå nyanserte meninger. Pasientene ble bedt om å sette ett kryss for hver av de åtte motsetningsparene:

- ◇ To par utsagn dreide seg om helse som opplevelse av henholdsvis
 - 1) kroppslig velvære eller ubehag/smerter og
 - 2) kraft/vigør eller tretthet/utmattelse.
- ◇ To par utsagn dreide seg om hvorvidt kommunikasjonen førte til
 - 1) visshet eller uvisshet og
 - 2) innsikt eller manglende innsikt i det som skjedde.
- ◇ To par utsagn dreide seg om hvorvidt relasjonen førte til opplevelse av
 - 1) tillit eller mistillit og
 - 2) trygghet eller utrygghet.
- ◇ To par utsagn dreide seg om samspillet virkning på henholdsvis

- 1) trivsel eller mistrivsel og
- 2) livsmot eller motløshet.

Svarene ble kodet med verdier fra + 3 til - 3. Resultatene ble som vist i tabell 7.

Tabell 7. *Pasientenes angivelser av hva samspill mellom pasient og sykepleiere førte til.*

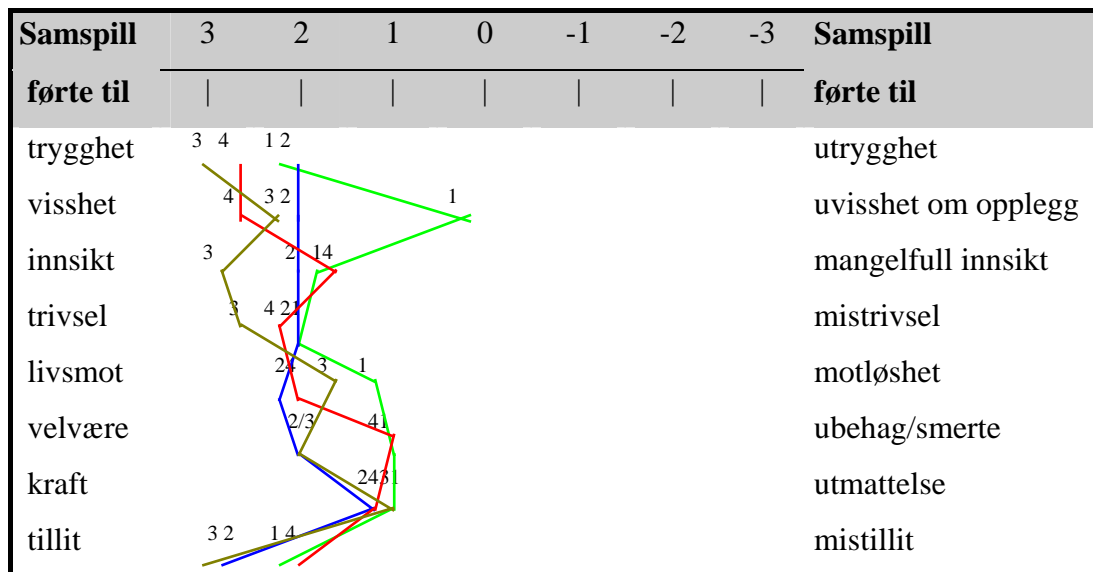
<i>Samspill førte til</i>	<i>Gj.snitt (M)</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
<i>1. trygghet, utrygghet</i>	2,65	1	3
<i>2. visshet, uvisshet</i>	1,65	- 1	3
<i>3. innsikt, mangelfull innsikt</i>	1,90	- 1	3
<i>4. trivsel, mistrivsel</i>	2,40	1	3
<i>5. livsmot, motløshet</i>	1,90	- 2	3
<i>6. velvære, ubehag/smerte</i>	1,45	0	3
<i>7. kraft/vigør, utmattelse</i>	1,30	0	3
<i>8. tillit, mistillit</i>	2,45	0	3

n = 20

Gjennomsnittstallene i tabell 7 går i positiv retning på alle variablene. Tendensen var at kommunikasjonen med sykepleierne generelt gav positive opplevelser, og spesielt at kommunikasjonsforholdet tjente til å skape trygghet, tillit og trivsel. Det laveste gjennomsnittet (+ 1,30) finnes på dimensjonen kraft/vigør - utmattelse. Fem pasienter (nr. 6, 7, 13, 17 og 20) mente samspillet med sykepleierne var uten betydning (0) for opplevelse av kraft/vigør eller utmattelse, mens femten pasienter mente kommunikasjonsforholdet bidro til opplevelse av kraft/vigør (fra +1 til +3). Merk spørsmål 2, 3 og 5, hvor det forekom svar i retning av at kommunikasjonen med pleierne økte forvirringen og førte til mer uvisshet, eller at kommunikasjon mellom pasient og sykepleiere førte til at livsmotet ble mindre.

Spesifisering av svar etter hvor lenge pasientene hadde hatt kreft.

For å undersøke om svarene hadde sammenheng med hvor lang tid som var gått siden pasientene fikk kreft, ble middelveiden for hver pasientgruppe (gruppert ut fra hvor de var i tidsforløpet) beregnet.



Figur 1. *Spesifisering av svar på pasientgrupper. Gjennomsnittskurver.*

Gruppe 1: — Gruppe 2: — Gruppe 3: — Gruppe 4: — .

Gruppe 1 var de som fikk kreft siste måned, gruppe 2 de som fikk kreft for mer enn en måned siden og inntil for ½ år siden, gruppe 3 var de som fikk kreft for ½ til 1/1 år siden, og gruppe 4 var de som fikk kreft for mer enn ett år siden (jfr. kapittel 4.1). Figur 1 viser gjennomsnitt for svarene for hver gruppe. Figur 1 viser at alle grupper hadde positive opplevelser av samspillforholdet. Videre viser figur 1 at gruppe 1 skilte seg ut med hensyn til opplevelse av visshet eller uvisshet om det som skulle skje. Svarene fra gruppe 1 antyder mindre opplevelse av visshet enn tilfellet var med pasientene i de andre gruppene. Gjennomsnittet ble +0,2 for opplevelse av visshet hos pasientene i gruppe 1. En årsak til dette kan være at sykepleierne visste like lite, eller eventuelt mindre enn pasientene selv visste om deres situasjoner på denne tiden, og at sykepleierne verbalt eller non-verbalt kommuniserte uvisshet.

En kan se en forskjell til mellom gruppe 1 og de andre gruppene, men denne forskjellen er ikke markant. Pasientene i gruppe 1 besvarte spørsmålet om livsmot eller motløshet positivt (+1,40), men gjennomsnittet er lavere enn totalgjennomsnittet (+1,90). Forskjellen har særlig årsak i at en pasient i gruppe 1 (nr. 3) krysset av for at kommunikasjonen med sykepleierne førte til motløshet (-2). Øvrige seks par motsvarende utsagn skilte seg ikke ut fra svarene fra de andre respondentene.

Gruppe 3 skilte seg noe ut fra de andre gruppene ved å krysse av maksimalt positivt for innsikt. Gjennomsnittet ble dermed for denne gruppen +3,0, mot

1,90 for materialet som helhet. Gruppe tre var pasient nr. 5, 18 og 20. De rapporterte at de fikk kurativ behandling.

Kommunikasjonens betydning for helse og livskvalitet.

I det følgende settes de resultatene som er referert ovenfor i sammenheng med antagelser om kommunikasjon utledet og beskrevet i kapittel 4.2. Jeg innleder med analyse av kommunikasjon som middel for å fremme helse i betydningen opplevelse av velvære og fungerende kropp. Deretter er faktorer av betydning for psykisk helse og sosial/kulturell fungering hos kreftpasientene tema.

Å fungere og oppleve kraft og vigør.

Figur 1 ovenfor viste at samspeilet hadde minst virkning på faktorer som førte til opplevelse av helse som fysisk kraft/vigør. Situasjonen med kreft og påfølgende undersøkelser og behandling var i seg selv til noe hinder for kroppslig aktivitet og funksjon. Det kan likevel ikke utelukkes at resultatene kunne blitt bedre dersom det var blitt tatt mer hensyn til pasientenes krefter og behov for tilpasset mengde aktiviteter, ro og hvile. Jeg bygger denne antagelsen på resultater beskrevet i punkt 4.2.4, som viste at tilrettelegging for ro, hvile og skjerming var av stor betydning for pasientene. Sytten av tju informanter mente ro og hvile betydde ganske/svært mye for å ha det bra i sykehuset. De resterende tre mente ro og hvile betydde litt.

Intervjumaterialet bidrog til å underbygge hypotesen om kreftpasientenes behov for mye ro, hvile og skjerming. Hele femten informanter pekte på behov for ro og å være litt skjermet, fordi situasjonen med kreft tok på kreftene. Pasientene trengte tid og ro til å bearbeide inntrykk og informasjon om kreften. Situasjoner hvor pasientene måtte forholde seg til mange personer i samme rom, og særlig til problemer medpasienter hadde, var slitsomme. Pasienter kviet seg for å ta opp denne type problemer med sykepleierne. En side ved denne problematikken, er at det må finnes reelle muligheter for å skjerme pasientene, og at det fins et tilstrekkelig antall enerom. Behov for

samtaler med pasient og pårørende, og diskresjon under legevisitter, taler også for at kreftpasientene ofte bør få enerom.

Velvære eller smerter/ubehag.

Tabell 7 viste at samspill førte til mer velvære for flertallet av pasientene.

Femten pasienter svarte ved å krysse av for alternativene +1 til +3. Fem pasienter (nr. 5, 6, 9, 11 og 12) mente kommunikasjonen verken hadde positiv eller negativ virkning på velvære (0). Det er mulig de fikk instrumentell støtte i form av direkte handlinger, men *kommunikasjonen* bidrog ikke til at handlingene fremmet velvære. Hva var årsakene til dette?

Pasient nr. 5 hadde dårlig kontakt med sykepleierne. Det kan ha ført til mindre god kommunikasjon om plager eller praktisk hjelp. Intervjumaterialet ga ingen antydning om hvorfor pasient nr. 6 krysset av slik hun gjorde. Hun var nyoperert for kreft med spredning. Pasient nr. 9 var tilfreds med kommunikasjonen med sykepleierne når hun hadde smerter og når hun var sengeliggende på grunn av lammelser. Hun fikk hjelp til å opprettholde den velvære som det var mulig å oppnå. Dette kan være grunnen til at hun mente samspillet ikke førte til mer velvære, men heller ikke til mer smerter/ubehag.

Pasient nr. 11 fikk “enestående” hjelp, blant annet når hun skulle opp og aktivisere seg etter kreftoperasjonen og når hun ikke hadde matlyst. Denne pasienten hadde vært noe deprimert, men hun hadde ikke tatt opp det problemet med sykepleierne. Hun ble sliten av å forholde seg til medpasientenes problemer. At kommunikasjonen med sykepleierne førte til uendret opplevelse av velvære, kan ha årsak i at sykepleierne ikke fikk kjennskap til at pasienten var deprimert og sliten.

Pasient nr. 12 hadde smerter. Han opplevde medisnutdelingen som dårlig koordinert og informasjonen om medisinene som tilfeldig. Uavhengig av om medisinene virket på smertene, opplevde ikke pasienten *kommunikasjonen* om

hans smerteproblemer som god. Manglende forståelse og innsikt i pasientens opplevelser kan være grunnen til at pasienten mente samspillet ikke hadde virkning på hans opplevelse av velvære.

Resultater beskrevet i punkt 4.2.4 viste at pasientene var tilfredse med omfanget av kommunikasjonen med sykepleierne når det gjaldt å få støtte til å fungere i hverdagen. Informanter fortalte om samarbeid hvor sykepleiere var kreative og tålmodige i arbeidet med å finne hensiktsmessige løsninger på problemer som pasientene hadde. Det ble særlig pekt på god kommunikasjon når pasienter fikk behandling for plager som smerter eller kvalme og oppkast. Som vist ovenfor, var ikke all kommunikasjon like hensiktsmessig. Data fra intervju med en pasient skilte seg markant ut på dette punkt. Pasienten ble ikke trodd da hun fortalte en sykepleier om sine smerter.

Pasientene satte pris på den måten sykepleierne kommuniserte og samarbeidet på for å fremme velvære når pasientene var sengeliggende. Men samtaler som omhandlet hjelp til å få stelt seg syntes å være en selvfølgelighet som pasientene sa lite om i intervjuene. Pasientene fikk den hjelpen de trengte, men ønsket å ha så vidt god helse at de kunne stelle seg selv.

Kommunikasjon som hjelp for å fungere; vesentlige funn.

Kommunikasjon mellom pasienter og sykepleiere bidrog generelt til velvære og til å dempe opplevelsen av smerter eller annet ubehag. Den virket også positivt på følelsen av mer kraft/vigør, men datamaterialet viste at det likevel var rom for mer tilrettelegging for ro, hvile og skjerming. Det var behov for mer kommunikasjon for å kunne identifisere problemer som tok på pasientenes krefter. Interaksjonen mellom partene burde ha ført til samarbeid om å finne og gjennomføre de best mulige løsninger med passende skjerming for den enkelte pasient.

Materialet viste at pasienter og sykepleiere samarbeidet om å finne gode praktiske løsninger på problemer med smerter eller andre plager. Nye løsninger ble fortløpende forsøkt når pasientene var plaget. Kommunikasjonsforholdet syntes å virke positivt inn på følelsen av velvære. Opprettholdelse av velvære, heller enn mer velvære, var aktuelt når pasienten var lammet og sengeliggende.

Det forekom kommunikasjon som kunne ha bidratt til økt velvære og bedre løsninger på pasientenes smerteproblemer. Sykepleier og pasient hadde i ett tilfelle ikke sammenfallende syn på problemene. I tre tilfeller ble kontakten vurdert som mindre god. Mangelfull kompetanse, lite hensiktsmessige rutiner og knapphet på tid var grunner for mindre tilfredsstillende kommunikasjon.

Visshet og innsikt.

Kunnskap om egen situasjon og om det som skjedde i sykehuset var faktorer av betydning for pasientenes psykiske helse. Tendensen var at kommunikasjonen førte til innsikt (+1,90). Ni pasienter krysset av for maksimalt positiv virkning her (+3). Alle pasientene i gruppe tre svarte slik. Fire pasienter (nr. 9, 11 og 13 i gruppe 4 og nr. 17 i gruppe 1) mente samspill med sykepleiere ikke hadde noen virkning på deres innsikt (0), og en pasient (nr. 12 i gruppe 1) mente kommunikasjonen med sykepleierne førte til noe mangelfull innsikt (-1).

For de tre pasientene i gruppe 4 som mente kommunikasjonen med sykepleierne verken førte til mer innsikt eller mangelfull innsikt, viste intervjumaterialet at pasient nr. 9 fikk god omsorg fra sykepleierne, men det var legen som ga henne den informasjonen hun trengte. Sykepleierne hjalp også pasient nr. 11 “på alle måter”, men hun snakket mest med legene om diagnosen, operasjonen og “sånne ting”. Pasient nr. 13 fikk og god omsorg fra sykepleierne. Hun var blitt godt fulgt opp av legene og følte seg trygg på den medisinske behandlingen. Det var samtaler med legene som førte til mer

innsikt hos disse pasientene. Til sammenligning mente en annen pasient (nr. 18) som og kommuniserte mest med legene om diagnose og prognose, at kommunikasjonen med sykepleierne førte til mer innsikt i det som skjedde under sykehusoppholdet.

Mens pasient nr. 17 var i sykehuset var hun usikker på om hun hadde en svært alvorlig form for kreft. Både leger og sykepleiere hadde kommunisert på slik måte at pasienten ble usikker på hvilken type kreft hun hadde. Hun ble skremt av at sykepleierne var meget alvorlige når de kom og snakket til henne. Informasjon om mulige behandlingsopplegg ble gitt på slik måte at den kunne bli feiltolket dit hen at pasienten hadde den alvorligste formen for kreft.

Pasient nr. 12 mente han fikk mangelfull informasjon, særlig på grunn av at han hadde vært til en undersøkelse som han i ettertid fikk vite var en “kreftundersøkelse”. Han krysset av for at informasjonen fra sykepleierne førte til noe mangelfull innsikt (-1).

Sykepleiernes informasjonsformidling kan føre til visshet eller uvisshet om det som skjer i sykehuset. Femten pasienter mente samspillet førte til mer visshet (+1 til +3). En pasient (nr. 13) mente samspillet førte til noe redusert visshet (-1). Pasienten fikk informasjon fra legene og god omsorg fra sykepleierne. Mine data forklarer ikke hvorfor pasienten mente kommunikasjonen førte til noe uvisshet.

Fire pasienter (nr. 7, 9, 12 og 19), alle i gruppe 1, mente kommunikasjonen ikke endret på deres opplevelse av visshet/uvisshet (0). Gruppe 1 hadde lavest gjennomsnittsskåre (+0,2) på denne variabelen. Å få beskjed om kreft var en psykisk belastning som noen tok med “fatning”. Andre reagerte på slik måte at det ble vanskelig å fungere i hverdagen fordi “tankene satte seg fast”. I sykehuset ble noen pasienter roet ned av informasjon sykepleierne gav om sykdommen og om behandlingen som skulle skje. Andre ble usikre og fikk

tanker om at sykepleierne visste noe de selv ikke visste. Pasientene i gruppe 1 pekte på at informasjonen måtte være entydig for ikke å bli feiltolket. To hadde fått forståelig informasjon om sin situasjon, mens to mente informasjon generelt burde vært gitt på bedre måte. De ønsket fullstendig og løpende informasjon som ikke kunne bli misforstått. En ønsket mer informasjon om hva som var grunnen til at det tok noe tid fra undersøkelser ble gjennomført og til resultatene forelå.

Pasientene i gruppe 3 ga uttrykk for at sykepleiernes informasjonsformidling fungerte bra. En pasient (nr. 18) sa hun fikk svar på alle spørsmål på en forståelig måte. Pasient nr. 5 stilte spørsmål og fikk svar på det hun ville vite. Det var sannsynligvis derfor hun mente kommunikasjon med sykepleierne førte til den innsikt hun forventet. Hun mente likevel at sykepleierne kunne vist mer ferdighet i å informere.

Pasientene ønsket mer informativ støtte enn de fikk. De ønsket ganske mye kommunikasjon med sykepleierne om det de burde vite, mens det reelt ble samtalt noe mindre om dette enn ønsket (jfr. punkt 4.2.2). De ønsket også mer direkte kommunikasjon om sykdommen enn de opplevde (jfr. punkt 4.2.1). Det ble dessuten vist til tilfeller hvor det var ønskelig at sykepleierne hadde vist bedre ferdigheter i å informere og forklare. Mer informativ støtte ville sannsynligvis ført til økt innsikt og visshet i forhold til de fakta som til en hver tid var tilgjengelige i den enkeltes situasjon.

Innsikt og visshet; vesentlige funn.

Informasjon var generelt viktig for pasientene. Den roet ned pasientene, og fremmet på den måten psykisk helse. Uvisshet og mangelfull innsikt var belastende. Uvissheten var størst blant pasientene i gruppe 1, hvor pasientene fortsatt var usikre på diagnose og prognose. Disse pasientene ønsket klare og entydige budskap. Det forekom at informasjon som ble gitt var slik at den kunne bli feiltolket.

Tre informanter mente kommunikasjonen med sykepleierne ikke virket inn på deres kunnskap om egen situasjon, fordi leger informerte om sykdom og behandling. Med hensyn til å informere om sykdom har sykepleiere en vanskelig rolle, siden det tradisjonelt er legenes oppgave å informere pasientene om medisinske forhold. Resultatene viste at det var behov for å klargjøre forventninger til sykepleiernes rolle i å informere og sikre kvaliteten i den informative støtten.

Men pasientene var ganske tilfredse med informasjon de fikk fra sykepleiere. Jeg tolker maksimal skåre for merinnsikt og visshet dit hen at kommunikasjonen bidro til så mye kunnskap som forventet. Halvdelen av pasientene svarte slik. Dette til tross var det behov for noe mer informasjon, fortløpende informering og informasjonsformidling med mer faglig kvalitet enn det halvdelen av informantene erfarte. Av de resterende fikk halvparten noe mer innsikt og visshet, mens kommunikasjonen ikke endret denne kunnskapen hos de øvrige. Bedre ferdigheter i å beskrive og forklare ble etterspurt. Liten mengde informasjon samt noe mangelfull kvalitet i kommunikasjonen av informasjon til pasientene, er mulige årsaker til at halvparten av pasientene ikke fikk den kunnskap de ønsket.

Trygghet og tillit.

Trygghet var den variabelen som gav høyest gjennomsnittsskåre (+2,65). Seksten pasienter valgte den mest positive svarmulighet (+3), mens svarene for de øvrige fire pasientene fordelte seg likelig på +2 og +1. Ingen krysset altså av nøytralt eller for at utrygghet ble skapt gjennom kommunikasjon med sykepleierne.

Pasienter som opplevde å få for lite informasjon, eller for lite fokus på å løse problemer med smerter eller plager, mente altså likevel at kommunikasjonsforholdet skapte trygghet. I punkt 4.2.3 konkluderte jeg med at sykepleiere

gav støtte gjennom å vise interesse og velvilje. De var forekommende og viste åpenhet. Kontakter mellom pasienter og sykepleiere var ofte av kort varighet, og gav ikke kommunikasjonen problemløsende karakter. Intervjumaterialet viste at pasientene likevel følte seg trygge, dette fordi de mente sykepleierne sto på og gjorde sitt beste for dem og utførte praktiske oppgaver på slik måte at pasientene opplevde seg ivaretatt. Når kommunikasjonsforholdet ikke alltid var så bra som ønsket, mente pasientene det hang sammen med behov for mer erfaring eller kunnskap, eller at det skyldtes svakheter ved systemet i avdelingen og knapphet på tid.

Tillit har nær sammenheng med trygghet, og pasientene fremhevet begge. Nitten pasienter mente kommunikasjonen førte til opplevelse av tillit (fra +2 til +3). I intervjuene kom det frem mye informasjon som viste at pasientene hadde tillit til sykepleierne. Eksempelvis pekte pasient nr. 7 på at det hadde gått slik som sykepleierne hadde forklart at det ville gå etter kreftoperasjonen. Sykepleierne gav informasjon som var til å stole på. Halvdelen av pasientene sa de mente sykepleierne viste med handling at de tok vare på pasientene. Sykepleierne skapte optimisme, og en følte seg trygg og rolig av å samtale med sykepleierne, uttalte pasient nr. 21 og nr. 22.

Én pasient (nr. 11) krysset av for at hun mente kommunikasjonen med sykepleierne ikke hadde innvirkning på opplevelsen av tillit/mistillit. Intervjumaterialet viste at pasienten mente hun ble “godt tatt vare på”. Hun sammenlignet med intensivavdelingen, hvor sykepleierne hadde mer tid til å ta seg av henne. I avdelingen gikk det mer på rutiner. Dessuten opplevde hun noen sykepleiere som mer overfladiske enn andre. Selv var hun noe deprimert mens hun var pasient i sykehuset. En eller flere av disse forholdene kan ha medvirket til at kommunikasjonsforholdet til sykepleierne ikke endret den tillit pasienten i utgangspunktet hadde til sykepleierne.

Trivsel.

Trivsel hadde sammenheng med pasientenes egne følelser og med ytre faktorer av forskjellig slag, og deriblant samspillet med sykepleierne. Alle pasientene mente kommunikasjonen med sykepleierne førte til opplevelse av trivsel. Tabell 7 viste høy middelerdi (+2,40). Laveste verdi var +1. Det var pasient nr. 11 som gav det svaret. Ovenfor har jeg vist til intervjumateriale hvor denne pasienten fortalte at hun var noe deprimert da hun var i avdelingen, uten at dette ble tatt opp i samtaler med sykepleierne. Trivsel er lite forenlig med å være deprimert.

Materialet viste at pasientene overveiende oppfattet sykepleierne som åpne, blide, vennlige, trivelige og forekommende. De viste godt humør, også i situasjoner hvor det var travelt. Pasientene satte pris på hverdagsprat og sykepleiernes bruk av humor i hverdagen. Humor var “trim for sjela” sa en pasient.

Resultater beskrevet i punkt 4.2.3 viste at sykepleierne medvirket til å dempe og kontrollere følelser, men de veiledet ikke pasienter i den hensikt å bearbeide følelser. Fire pasienter kunne ha ønsket slik veiledning, men de fleste pasientene ønsket ikke så nær kontakt med sykepleierne at de åpnet opp for bearbeiding av følelser. De fleste var tilfreds med sykepleiernes kommunikasjon om følelser. Sykepleierne bidrog til trivsel i hverdagen, uten å gå direkte inn på følelser.

Livsmot.

Sykepleierne kommuniserte på måter som fremmet livsmotet hos flertallet av pasientene. Sytten pasienter gav her positive vurderinger, mens to pasienter (nr. 5 og nr. 22) mente kommunikasjonen ikke hadde noen virkning (0) på deres livsmot.

En pasient (nr. 3) mente kommunikasjonen hadde negativ virkning (-2) på livsmotet. Han følte seg alene etter at han på en legevisitt fikk vite at han

hadde kreft. Etter et døgn klarte han ikke å være alene lenger, og ba om at kona måtte komme. Han lå for det meste og så i taket den første uka etter at han fikk beskjeden om kreft. Denne pasienten lå til sengs da jeg intervjuet ham, og han virket sliten. Siden har jeg fått vite at han døde tre måneder senere. Sannsynligvis kjente pasienten seg avkreftet. Det virker rimelig at det var vanskelig for ham å holde motet oppe, og han fikk ikke hjelp nok fra personellet like etter at han fikk beskjed om kreften. Manglende støtte når pasienten trengte det mest var sannsynligvis en vesentlig grunn for at han mente samspillet førte til mer motløshet (-2), i stedet for livsmot.

Pasient nr. 5 hadde mistet mannen sin da hun selv fikk vite at hun hadde kreft. De to hendelsene representerte til sammen en stor psykisk påkjenning for henne. Nå et halvt år senere, kjente hun seg fortsatt usikker på fremtiden. Pasienten forsøkte å samtale med sykepleierne om sin situasjon, men de fulgte ikke opp, og det ble ingen samtaler om fremtiden. Dette var bakgrunnen for at hun mente samspillet med sykepleierne ikke hadde virkning (0) på hennes livsmot eller motløshet.

Pasient nr. 22 ønsket ikke å snakke særlig mye med sykepleierne om sykdommen. Etter eget ønske snakket han heller ikke med dem om følelsene. Han mente det var viktig å ha tro på seg selv. Det virker som han ikke ønsket å åpne opp for samtaler om kreften, reaksjoner på den eller tanker om fremtiden. Jeg forstår ham dit hen at han ikke ønsket samtaler om tema som hadde sammenheng med hans livsmot eller motløshet, og at sykepleierne respekterte dette.

Tillit, trygghet, trivsel og livsmot; vesentlige funn.

Pasientene hadde stor tillit til sykepleierne. De følte seg trygge på at sykepleierne gjorde det beste de kunne for dem. Sykepleierne viste pasientene interesse og velvilje. De var forekommende og ga til kjenne at de ønsket å hjelpe pasientene.

I de tilfellene hvor kommunikasjonen kunne ha vært bedre, manglet ikke pasientene tillit til sykepleierne. De hadde til hensikt å gjøre sitt beste, mente pasientene, som viste til rutiner og knapphet på tid, eller til behov for at sykepleiere tilegnet seg kompetanse for mer profesjonell kommunikasjon.

Kommunikasjon med sykepleierne førte i høg grad til trivsel. Sykepleierne var vennlige, åpne og trivelige, og de brukte humor som dempet følelsesmessige reaksjoner på hendelser i sykehuset. At pasienter kastet opp eller fikk avføring i senga, var for eksempel ikke “stakkarslig”, men normalt forekommende hendelser.

De fleste pasientene ønsket ikke å åpne opp for terapeutisk hjelp med bearbeiding av følelser. Det forekom da heller ikke, og ønskene til disse pasientene ble følgelig imøtekommet. Men det var noen pasienter som ønsket hjelp med følelsene, og da uten å få det. På tross av dette skapte kommunikasjonsforholdet trivsel i hverdagen.

Med unntak av to tilfeller, tilrettela sykepleierne på tilfredsstillende måte for kontakt og tilstedeværelse av nære pårørende når pasientene ønsket det. Støtte fra pårørende betydde ganske mye for de fleste informantene. Det kan ha bidratt til trivsel og opprettholdelse av livsmotet.

Sykepleierne kommuniserte med pasientene på slik måte at de fleste pasientene mente samspillet førte til mer livsmot. Tre informanter var ikke av den oppfatning. Det var individuelle forskjeller på de tre. En pasient fikk ikke støtte da han trengte det mest etter at han fikk beskjed om å ha kreft. Mangel på støtte førte til motløshet. En annen pasient ønsket samtaler om den tiden hun hadde igjen å leve. Temaet ble avfeid. Dette førte hverken til livsmot eller motløshet. En tredje pasient ønsket derimot ikke å åpne opp for samtaler som

berørte hans livsmot eller motløshet. Sykepleierne syntes å imøtekomme hans ønske.

Resultatene viste at pasientene hadde ulike forventninger. De fleste ønsket noe eller ganske lite kommunikasjon om sine følelser, men det forekom situasjoner hvor pasientene hadde det så vanskelig at de ble motløse, uten at sykepleiere viste interesse for å hjelpe dem.

Pasientperspektiver på kommunikasjon med helsefremmende kvalitet.

Jeg vil oppsummere og peke på mønster som trer frem fra resultatene.

Den gode vilje og vennlige hjelpere.

Kommunikasjonsforholdet ble vurdert som positivt av pasientene, og det ble opplevet som støtte for dem i en vanskelig og til dels livstruende situasjon. I en travel hverdag sto sykepleierne på og viste pasientene at de hadde interesse av å hjelpe dem. De var gjennomgående vennlige, blide, forekommende og åpne. Bruken av humor dempet uro, og en lett tone førte til mer livsmot og kontroll med følelser av frykt som fulgte med det å ha kreft. Kommunikasjonsforholdet hadde gjennomgående positiv innflytelse på faktorer som tillit og trygghet. Sykepleierne viste vilje til å yte sitt beste for pasientene. Tryggheten ved å oppleve seg ivaretatt virket positivt på den psykiske helsen.

Sammenhenger mellom helseopplevelser og støttende kommunikasjon.

Praktisk/instrumentell støtte.

Foruten helse som fravær av livstruende kreft, så pasientene helse som kroppslig velvære og evne til å fungere. Sykepleierne gav for det meste god hjelp mot smerteproblemer eller andre plager som hemmet velvære og fungering, og hjelpen innbefattet kommunikasjon som hadde støttende effekt. I noen tilfeller opplevde ikke pasientene kommunikasjonen som god, fordi

sykepleierne ikke gjorde seg kjent med pasientens opplevelser og perspektiver.

Helse var i denne forbindelse forstått som å ha nok krefter til å fungere. Situasjonen med kreft/trussel om kreft var krevende. Dessuten tok undersøkelser og behandling på kreftene, og pasientene hadde som en følge behov for ro, hvile og skjerming. Med få unntak ble det ikke kommunisert om ro og skjerming rundt pasientene, selv om de fleste ønsket samtaler om dette. En vanskelighet for sykepleierne var å få kjennskap til forhold pasientene opplevde som slitsomme, fordi pasientene kviet seg for å ta opp slike tema med sykepleierne.

Informativ støtte.

Helse var her forstått som mental styrke og evne til å ta situasjonen med fatning. Pasientene tilstrebet kognitiv kontroll som grunnlag for å fungere tankemessig, og de fleste pasientene ønsket mer informativ støtte enn de opplevde å få. Samtaler om kreften og informasjonsformidlingen til pasientene var til dels god, og til dels mindre god eller savnet. Informasjon betydde ganske mye for pasientene uansett hvor de var i tidsforløpet fra de fikk kreft. Forskjeller i syn på samspill hadde sammenheng med tidsforløpet med hensyn til at måter informasjon ble formidlet på, kunne forsterke opplevelsen av usikkerhet hos pasienter som hadde fått beskjed om kreft siste måned. I den første tiden etter at pasientene fikk beskjed om kreft, var klare og entydige budskap særlig viktige. Sykepleierne syntes ikke alltid å være oppmerksomme på dette.

Sosial- og emosjonell støtte.

Foruten helse forstått som personens styrke og evne til å ta situasjonen med fatning, var støtte fra personer i omgivelsene av betydning for pasientenes opplevelse av helse da de var i sykehuset. Ble den psykiske belastningen for stor, gikk det ut over helseopplevelsen. Støtte som fremmet livsmot var

avgjørende for helseopplevelse og vilje til mestring. Sykepleierne gav mye sosialt bekreftende støtte, og de dempet Alvoret ved å skape en lett stemning i hverdagen. Trivsel og trygghet under sykehusoppholdet fremmet mental velvære og fungering. De fleste pasientene ønsket noe kommunikasjon om følelser, men ønsket og så vidt mye avstand i relasjonen at de ikke samtalte om "private" følelser. Noen pasienter hadde ønsker eller behov for terapeutisk veiledning. Sykepleierne identifiserte ikke disse problemene, eller de unngikk grundigere terapeutiske samtaler.

Sviktende problemløsning.

En forutsetning for å hjelpe pasientene med vanskeligheter, var at sykepleierne først ble kjent med problemene. De syntes å identifisere de fleste problemene med smerter og plager, og da hjalp de til som best de kunne. Noen smerteproblemer, og problemer knyttet til behov for skjerming, kognitiv kontroll, følelser og vanskelige livssituasjoner, syntes det som sykepleierne ikke ble oppmerksomme på, eller de interesserte seg ikke eller manglet kompetanse for å hjelpe til med å løse disse problemene.

Konklusjon.

Resultatene underbygger hypotesen om overveiende god kvalitet i kommunikasjonsforholdet, særlig med hensyn til tillitsvekkende og sosialt støttende kommunikasjon og kommunikasjon når sykepleierne hjalp pasientene med smertelindring og fremme av fysisk velvære. På den annen side viser resultatene at det var behov for mer informasjon og for kommunikasjon hvor sykepleierne ble mer kjent med pasientens problemer og opplevelser, som utgangspunkt for å handle målrettet og profesjonelt problemløsende.

4.4 Helse, kommunikasjon og kompetanse

I dette kapitlet vender jeg fokus mot sykepleiernes opplevelser og meninger om sitt kommunikasjonsforhold til kreftpasienter. Kommunikasjon i forbindelse med å gi støtte og hjelp til pasientene i sykehuset blir belyst, og likeså sykepleiernes subjektive følelser eller oppfatninger av egen sosial kompetanse i yrkesmessig sammenheng hvor kommunikasjon med pasientene står sentralt. Sykepleiernes sosiale atferd er profesjonell i den grad den tilpasses og tjener til å ivareta pasientenes helse, og kapitlet innledes i punkt 4.4.1 med sykepleiernes oppfatninger om helse hos kreftpasienter i den tida de er i sykehuset. Kommunikasjon er tema i punkt 4.4.2.

Foruten å beskrive og drøfte opplevelser av kommunikasjonsforholdet med kreftpasienter, tok sykepleierne opp at faktorer i miljøet og arbeidssituasjonen skapte vilkår og begrensninger for god kommunikasjon. Læring og betingelser for læring og tilegnelse av kompetanse var og tema. Intervjumateriale som omhandler kontekst, læring og dyktighet kommer jeg nærmere til i punkt 4.4.3.

Resultater fra gruppeintervjuer med 23 sykepleiere fordelt i seks grupper framstilles med henvisning til data fra de enkelte intervjugruppene. Resultatene fokuserer faggruppen og dens syn på helsefremmende samspill. Dersom utsagn fra informanter i en fokusgruppe underbygget syn som kom frem i flere fokusgrupper, målbar fokusgruppene faggruppens syn. Men det kom også frem individuelle syn. Fokusgrupper åpner for å få frem både individuelle syn og gruppers kulturelt forankra syn. Prosessen i fokusgruppene førte til fornyet oppmerksomhet mot faglige problemstillinger, men prosessen førte ikke frem til ny enighet der det viste seg å foreligge ulike syn. I fremstillingen av resultater, gjengis utsagnssekvenser som viser at det både fremkom syn som fikk støtte og individuelle syn som var ulik gruppens syn. I sammenhenger hvor det er hensiktsmessig å vise til forskjeller mellom

intervjugrupper eller sykepleiere, betegnes gruppe og sykepleier med nummer, eksempelvis gruppe 3, informant (respondent) nummer 2 som SGR 3 S 2.

4.4.1 Helse og livskvalitet

For å få en forståelse av de helsefremmende målene for pleien av kreftpasientene, stilte jeg spørsmål til sykepleierne om hva de la i betegnelsen *helse* hos kreftpasienter som var i sykehuset. Svarene viser en forståelse av helse som helserelatert livskvalitet. I det følgende viser jeg hvordan data og teori underbygger funn, først for helseforståelsen, og deretter for forståelse av delaspekter ved helse. Punktet avsluttes med en drøfting av likheter og forskjeller mellom pasienters og pleieres sine syn på helse og livskvalitet.

- ***Helse forstått som helserelatert livskvalitet.***

Helse er ikke noe entydig begrep. Helse oppleves og oppfattes forskjellig fra person til person. Dette ble fremhevet i alle sykepleiegrupper.

En sykepleier sa det slik:

når en tenker på kroppslig og psykisk helse
så må det være opplevelsen pasienten har som betyr noe.

Sykepleierne betegnet subjektiv opplevelse av helse som *livskvalitet* for den enkelte:

det går jo på livskvalitet
eller at de føler at de har det så bra som de kan ...
livskvalitet går vel på alt
både det psykiske og rolle og det kroppslige.

Helse var livskvalitet i betydningen opplevelse av å ha det bra (eller å få det bra), og fungere i hverdagen selv om en hadde en kreftdiagnose;

å mestre ett eller annet og gjøre det de greier.

Sykepleierne så opplevelse av trygghet og evne til å fungere som to viktige sider ved pasientenes helse eller livskvalitet:

helse handler om at de har det trygt og godt
at de har fått informasjon
og at de har gjenvunnet funksjoner ...
(god helse er) å føle seg sikker

å føle at du lever godt og har det godt -
og en rimelig grad av kontroll.

Drøfting av funn.

Helse for kreftpasienter i sykehuset forsto sykepleierne som subjektive opplevelser av velbefinnende og evne til å fungere i en type situasjon hvor sykdom og plager i stor grad preger livet til den enkelte pasient, det vil si som opplevelse av helserelatert livskvalitet. Avgrensingen til subjektive opplevelser i en tid da sykdom og behandling var relevante, gir belegg for å betegne sykepleiernes forståelse av helse som helserelatert livskvalitet. Den teoretiske beskrivelsen av begrepet harmonerer med denne forståelsen.

I vid betydning dreier livskvalitet seg om opplevelse av velvære (well-being), og opplevelsen knytter seg til tilfredsstillelse (eller utilfredshet) med *alle* områder i livet som har betydning for den enkelte (Rustøen 1998). Evne til kroppslig fungering betegnes som ett av flere underliggende områder av livskvalitet. Andre områder betegnes som et sosio-økonomisk, et psykologisk/åndelig og et familieområde. Innen helsefaglig forskning på livskvalitet, har man arbeidet med utvikling av en mer avgrenset forståelse av helserelatert livskvalitet (op.cit.). Subjektive mål for helserelatert livskvalitet må baseres på pasientenes egenopplevelse av situasjonen (Sosial- og helsedepartementet 1997b).

Padilla o.fl. (1992) betegner helserelatert livskvalitet som et *spesifikt område* for livskvalitet. Med helserelatert livskvalitet menes en personlig fremstilling som summerer positive og negative trekk ved en persons psykologiske, fysiske, sosiale og åndelige velvære på en gitt tid når sykdom, plager og behandlingsforhold er relevante (op.cit.).

I det følgende viser jeg hvordan sykepleierne betraktet pasientenes opplevelser innen ulike aspekter for helserelatert livskvalitet.

- ***Kroppslig velvære og fungering forstått som helseaspekter.***

Helse for kreftpasientene var å oppleve velvære så langt det lot seg gjøre og fungere så normalt som mulig i dagliglivet. Smerter så sykepleierne som faktor med stor innvirkning på pasientenes velvære. God helse forutsatte mest mulig smertefrihet:

at de er smertefri har jo alt å si,
smertefri er kanskje vanskelig,
men at de har det så bra som de kan ha det.

Sykepleierne så det som viktig å behandle smerter og bistå pasientene slik at de fungerte best mulig. Medisinske forordninger av smertestillende medikamenter var vesentlige for å bedre pasientenes helse.

Kroppslig velvære omfattet å ligge eller sitte godt, og å få stelt seg og være velstelt og føle seg vel. Det å få hjelp til å stelle seg burde skje på pasientens premisser, slik pasienten ønsket det.

Det var og viktig å hjelpe kreftpasienter som hadde dårlig matlyst med å finne ut hva de kunne ha lyst til å spise, kombinert med tilbud av alternative retter.

Sykepleierne i SGR 3 pekte på pasientenes behov for hvile. De mente mange pasienter var trette og ville sove mye. I SGR 6 så de og som heldig for pasientene at de fikk anledning til å slippe å mestre noe i kortere perioder. De viste til perioder hvor pasientene isolerte seg og ikke ville gjøre noe. Dette så sykepleierne som tegn på krisereaksjoner. Livskvalitet kunne dreie seg om å slippe å mestre i slike perioder. Men etter en tid gikk personellet inn for å hjelpe pasientene til aktivisering.

Opplevelse av å fungere var tegn på god helse. Sykepleierne i SGR 5 arbeidet mer med pleie overfor andre pasienter enn de som hadde kreft, og i denne gruppen var de mest opptatt av fremgang:

at de kommer seg litt for hver dag,
føler at nå holder de på og blir bedre ...
små skritt ut fra den enkelte.

Det var også viktig å forebygge at pasientene ble påført noe som svekket deres fysiske helse. Påførte plager var eksempelvis liggesår eller sykehusinfeksjoner.

Drøfting av funn.

Å fungere med kroppen, mestre aktiviteter og oppleve fysisk velvære, var kjennetegn som ble knyttet til *den fysiske komponenten* for helserelatert livskvalitet, og smerter/smertefrihet var en viktig delkomponent innen området.

Det var naturlig nok et mål å bistå med behandling av smerter slik at pasientene ble mest mulig smertefri og fungerte best mulig. Smerter består av signaler fra kroppen om påkjenning eller skade av vev (Hirsch o.fl. 1998). Videre omfatter smerter selve bevisstheten om at noe gjør vondt, samt en psykisk fortolkning av det en sanser. Smerteatferden er individets signaler til omverden (op.cit.). Med “smerter eller smertefrihet” viste sykepleierne til smerteopplevelse, og til atferd som kjennetegn på fungering som følge av påvirkning og fortolkningen av den. Behandling de satte inn var ikke rettet mot å fjerne årsakene til smertene, men mot å fjerne eller dempe smertesignalene som førte til smerteopplevelse, og ved det fremme opplevelse av velvære og fungering.

Opplevelse av å fungere med kroppen var ikke bare knyttet til smerter, men og til det “å komme seg” og bli frisk i medisinsk forstand. De som arbeidet minst med kreftpasienter var mest opptatt av orienteringen mot helbredelse av sykdom. De som arbeidet med kreftpasientene var mer opptatt av aktiviteter som førte til at pasientene opplevde velvære og fungering *her og nå* i sykehuset. Denne forskjellen i orientering kan ha sammenheng med at kreft oppfattes som livstruende sykdom. Over tid ser sykepleiere i sykehuset at pasienter reinnlegges på grunn av spredning av kreften og forverret helsetilstand. De ser derimot ikke igjen de pasientene som blir friske av kreften.

- ***Psykisk var helse forstått som opplevelse av mer eller mindre kognitiv kontroll og følelse av frykt og usikkerhet eller trygghet, håp og livsmot.***

Opplevelse av trygghet ble betraktet som et tegn på god helse. Sykepleiere forsøkte å kommunisere på en slik måte at pasientenes usikkerhet ble redusert:

de føler seg veldig usikre
til tross for at vi prøver å få dem mer og mer sikre -
jeg tenker - hva er helse -
å føle seg sikker -
og at de har fått så mye informasjon rundt sykdommen
at de kan leve med den.

Flere støttet dette utsagnet: “Ja ikke minst det ja”. Det var betydningsfullt å ha tid til samtaler med pasienter som nettopp hadde fått høre at de hadde kreft. Men det var lett å “medisinere bort” angsten i stedet for å sitte hos pasienter med angst, særlig fordi tiden ikke strakk til for alt sykepleierne ønsket å gjøre.

Sykepleiere i flere grupper gav uttrykk for at det var viktig for den psykiske helsen at kreftpasientene ikke gav opp, men så fremover mot noe. Å hjelpe pasientene til å se videre var en viktig og ofte vanskelig oppgave, sa en sykepleier i SGR 2;

noe å se fremover til
at de ikke gir opp
men det er ikke alltid så lett å hjelpe dem til det.

Sykepleierne mente pasientene hadde en egen evne til å sette ned forventningene til fremtiden når de visste at de hadde en alvorlig sykdom; målene deres ble kortsiktige:

kravene (målene) blir nærmere i tid,
du gleder deg ikke til neste påske
men du gleder deg til søndag eller -.

En annen sykepleier gav eksempler på kortsiktige mål:

kanskje å oppleve neste bursdag til ungen sin
eller at en blir ferdig med å restaurere huset før en dør.

En sykepleier i SGR 5 tok opp at helse også dreide seg om det åndelige; “det religiøse og verdier og slikt”. Sykepleieren så denne siden ved helsen som vanskelig å møte på en faglig god måte, fordi hun mente hun ikke var opplært i rollen som hjelper på dette området. Andre sykepleiere i gruppen hadde ikke tenkt på det åndelige området som deres helsefremmende oppgave. Det var vanlig å tilkalle sykehuspresten dersom pasientene bad om det, og sykepleierne snakket lite med pasientene om åndelige sider ved livet. De kom frem til at familiene oftest tok seg av forhold som hadde med denne delen av livet til pasienten å gjøre.

Drøfting av funn.

Innen *den psykiske komponenten* viste sykepleierne til trygghet eller frykt og angst, opprettholdelse av håp eller redusert håp for fremtiden og langsiktige eller kortsiktige og lave mål. Kreftpasienter følte seg usikre og ofte hadde de redusert håp og lave forventninger til fremtiden, mente sykepleierne. Håp kan være mer eller mindre realistisk og ha sterke innslag av ønsker (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Sykepleierne peker på muligheten for at forventninger kan være urealistisk *lave*, eller også for høye basert på ønsker. Realisme er en side ved håp. En annen betydning av håp som blir fremhevet, er håp som drivkraft for å holde livsmotet oppe (op. cit.).

Å fremme pasientens håp er en viktig dimensjon i sykepleie (Travelbee 1971, Rustøen 1988). Det er en vanskelig oppgave. Sykepleierne satte tiltak inn for å dempe usikkerhet og mangelfull kognitiv kontroll. Håp antas å ha kognitive og atferdsmessige sider (Stephenson 1991). Mye informasjon om og rundt sykdommen var tiltak for å få pasientene til å oppleve så vidt høg grad av sikkerhet at de kunne leve med sykdommen.

I en gruppe ble det stilt spørsmål til egen kompetanse i å samtale med pasientene om åndelige sider ved livet. Her antar jeg at sykepleierne forbandt "åndelig" med religion eller religiøs. Sykepleierne var usikre på sin rolle i slike sammenhenger og de samtalte lite med pasienter om det åndelige.

I sykepleielitteratur brukes termene åndelig og religiøs ofte om hverandre. Håp er blitt beskrevet relatert til en åndelig dimensjon av livskvalitet (Rustøen 1998). Sykepleierne var opptatt av å fremme håp, og samtalte slik sett med pasientene om åndelige sider ved livet. Men de forbandt håp med den psykiske delkomponenten av livskvalitet, og så håp i sammenheng med kognitive kontroll og følelsesmessig mestring. Usikkerhet på egen rolle synes grunnet i uklarhet om forventninger som ikke er uttrykt klart i faglig teori.

- **Helsemessig støtte og hjelp fra pårørende.**

Sykepleiere i alle grupper gav uttrykk for at relasjonene til de nærmeste pårørende hadde betydning for kreftpasientenes opplevelse av helse eller livskvalitet. At pårørende var med i sykehuset hadde en positiv innflytelse på pasientens helse. SGR 2 illustrerer dette:

S4: (helse) er at pasienten har det så godt som det går an da

S1: at pårørende er med

S4: ja nettopp.

Det var ønskelig at pårørende kunne bistå. I SGR 1 ble pårørende sett på som ressurser som ofte var til praktisk hjelp og støtte for pasientene.

Sykepleierne så det som sin oppgave å legge til rette for pårørende i sykehuset. Dessuten ble det påpekt at informasjon til pårørende også indirekte var til hjelp for pasientene:

ja dess mer pårørende vet

dess mer kan de stille opp og bedre helsa til pasienten.

Dersom pårørende hadde kjennskap til pasientens tilstand og de tiltak som ble iverksatt, gav det dem forutsetninger for å gi hensiktsmessig hjelp og støtte til pasientene.

Drøfting av funn.

Pårørende ble betraktet som en ressurs for pasientene. Støtte og omsorg fra pårørende hadde betydning for at pasientene skulle oppleve best mulig livskvalitet i situasjonen. Sykepleierne så det som sin oppgave å legge til rette for at pårørende kunne være til støtte for pasientene. Omsorgen fra pårørende er en naturlig og folkelig omsorg ut fra verdier og væremåte i den enkelte kulturelle gruppe (Leininger 1991). I møte med pasienter og pårørende var sykepleierne oppmerksomme på at de møtte mennesker med en annen bakgrunn enn deres. For å gi støtte til måloppnåelse på pasientens og familiens premisser, skaffet de seg kunnskap om pasientenes ønsker og mål overfor sine nære, slik som å oppleve neste bursdag til barnet sitt,

Under forutsetning av at pårørende hadde relevant kunnskap om pasientens situasjon, kunne de bistå med hensiktsmessig hjelp og støtte, og sykepleierne mente informasjon til pårørende var til nytte for pasientene. Det bidro til at pårørende hjalp og støttet pasientene på hensiktsmessige måter ut fra situasjonen, også i medisinsk forstand. Isaksen (1999) har vist at kreftpasienter som får mye hjelp og støtte fra pårørende, også er mer tilfredse med helsepersonellet enn de som får mindre støtte fra familie og venner. Årsakssammenhenger er ikke klarlagt, men en kan anta at personellets positive responser og tilrettelegging for pårørende oppleves som indirekte sosial verdsetting av pasienten, i tillegg til at pasienten får direkte støtte fra pårørende, og at begge deler fremmer opplevelse av velvære. Informasjon til pårørende har sannsynligvis innvirkning på pårørende sine opplevelser av usikkerhet. Sykepleierne kan gjennom informasjon til pårørende redusere deres usikkerhet, og det kan i neste omgang virke dempende på pasientens frykt og usikkerhet.

Faglige mål og tiltak for å fremme helserelatert livskvalitet.

Innen kroppslige/fysiske, psykiske og sosiale delkomponenter av helserelatert livskvalitet, la sykepleierne til grunn en forestilling om livskvalitet som subjektiv opplevelse av velvære og fungering. Sykepleierne hadde fokus på pasientenes opplevelser. Tidsfokus for sykepleiernes helsefremmende mål med sykepleien til pasientene var mest her og nå, og i mindre grad fremtidsrettet. Sykepleierne betraktet det som en viktig oppgave å hjelpe pasientene til kroppslig velvære. Smertebehandling var viktigst innen den fysiske komponenten. En annen vesentlig oppgave var å kommunisere støtte, undervise og veilede i den hensikt å fremme psykisk mestring og opplevelse av trygghet. Dersom det var behov for å prioritere mellom det fysiske og det psykiske området, ble smertebehandling og andre medisinske forordninger prioritert: Å lindre kroppslig smerte og ivareta pleie rettet mot medisinske/fysiske problemer var overordnede mål.

Pasientmaterialet viser at pasienter vurderte smertebehandling som vesentlig for opplevelsen av velvære. Med få unntak mente pasientene at deres opplevelser av smerter ble lagt til grunn for faglige tiltak. Deres opplevelser av hjelp for å fremme velvære innen den psykiske komponenten var noe mer variert, og det kan ha sammenheng med sykepleiernes prioriteringer.

Det var helsefremmende for pasientene å få støtte og hjelp fra pårørende i sykehuset. Tilrettelegging for pårørende og informasjon til dem var sykepleiefaglige oppgaver som pleierne mente hadde effekter på pasientenes opplevelser av livskvalitet.

Likheter og forskjeller i pasienter og pleieres syn på helse og livskvalitet.

I kapittel 4.3, punkt 4.3.1 er pasientenes helseforestillinger beskrevet. I likhet med sykepleierne betraktet pasientene helse som en subjektivt opplevet tilstand. Pasienter og sykepleiere mente helsen hadde fysiske og psykiske sider samt en sosial dimensjon.

Helse som forutsetning for livskvalitet.

For pasientene gjorde kreften at den fysiske siden ved helsen ble viktigst som forutsetning for å opprettholde liv og livskvalitet. For dem var kreften en trussel mot selve livet, og det førte til at den fysiske helsen ble en viktig helsekomponent i seg selv. Pasienter fortalte at de hadde begynt å tenke over liv-død dimensjonen da de fikk kreft. På grunn av kreften var helse forstått som en (fysisk) forutsetning for liv, og livskvalitet var ikke noe en kunne ta for gitt, men noe en nå var blitt mer oppmerksom på og takknemlig for. Pasientenes forståelse av helse var orientert mot en biologisk levende/død kropp og syk/frisk dimensjoner i objektiv forstand.

Sykepleierne skilte derimot ikke mellom de to begrepene; helse *er* livskvalitet mente de. De forbant ikke helsebegrepet med liv-død dimensjonen eller syk-frisk dimensjoner. Jeg har ikke belegg for å anta at sykepleierne skjøv fra seg

tanker om døden. Åpenhet i forholdt til døende var noe de tilstrebet, og de prioriterte pleie av de pasientene som var svært syke og døende. Det er mer sannsynlig at deres syn på helse som livskvalitet hadde sammenheng med rollen som hjelper. For sykepleierne gav det mening å se helse i sammenheng med mål med pleien. Deres oppgave var å bistå pasientene slik at de fungerte og hadde det så bra som mulig i alle situasjoner.

Meningsdanning som en struktur eller “spindelvev” mellom menneskene i en gruppe, er uttrykk for kulturens måte å organisere og forstå verden på (Geertz 1973, Bruner 1997). Kulturen gir redskaper for handling, hevder Bruner (op.cit.). Sykepleierne gav uttrykk for en tenkning hvor de la til grunn felles verdier i sin handlemåte. For sykepleierne gav helseforestillingen en felles retning for handling: Uansett pasientenes fremtidsutsikter, har livskvalitet her og nå i sykehuset verdi for hver enkelt person som mottar sykepleie.

Sykepleierne forbandt helse eller livskvalitet med en plage - velvære dimensjon, dette til forskjell fra en syk - frisk dimensjon. Sykdomstilfeller ble benevnt som kasus. Benner og Wrubel (1989) bruker betegnelsen “illness” i betydningen menneskelig erfaring av tap eller dysfunksjon. Denne erfaringen kan ha årsak i “decease” (sykdom), men ikke nødvendigvis. Tap av nære pårørende er et eksempel på tap som ikke har årsak i egen sykdom, men som kan føre til opplevelse av “illness”. Sykepleiernes forståelse av helse som grad av plage/dysfunksjon eller velvære/fungering markerte et skille mellom subjektiv helse og faktisk sykdom. Sykdom fører til sykdomstilstander med innvirkning på helsen. Pleierne fremhevet på denne måten et skille mellom opplevende person og sykdomstilfelle som et fenomen knyttet til kroppens objektive natur.

Ikke god helse men oppnåelig livskvalitet.

God helse er en idealtilstand sykepleierne kunne arbeide i retning av, men som de færreste mennesker opplever fullt ut. De mente at for kreftpasientene innebar helse eller helsereelatert livskvalitet å ha det best mulig og fungere i hverdagen i sykehuset. Velvære forbindes med å ha det godt, og en kan se “å ha det best mulig” eller “så bra som de kan” forutsatt fungering, som opplevelser av så vidt god livskvalitet at den faller inn under betegnelsen velvære. At pasienter “har det så bra som de *kan*”, var en betegnelse som siktet mot oppnåelige mål i sykepleien til kreftpasientene.

Pasientenes helsetilstander varierte fra helt gode til dårlige. Pasientene ønsket å ha det så bra som mulig i situasjonen. Forventninger til oppnåelig livskvalitet gav normer for hva de kunne forvente som resultat av personellens innsats. Her ser en likheter mellom pasientenes og sykepleiernes forståelse av livskvalitet som subjektiv opplevelse av velvære og fungering. Sykepleiernes mål var å bistå slik at pasientene oppnådde best mulig livskvalitet. Men forventninger og mål er ikke målbare “størrelser” som uten videre kan sammenstilles. I den enkelte situasjon må de kommuniseres før partene kan danne seg formeninger om felles mål og forventninger.

Verdien av pleie for delkomponenter av livskvalitet.

Smerter og usikkerhet var to vesentlige faktorer som påvirket pasientene og deres opplevelse av livskvalitet innen det fysiske og det psykiske området. Mine funn viser sammenfall mellom sykepleiernes syn på smertelindring som vesentlig og pasientens verdsetting av pleie rettet mot lindring av smerter. En betydelig del av den palliative (lindrende) kreftomsorgen består av å forebygge, behandle og lindre smerter (Sosial- og helsedepartementetn 1997b). Sykepleierne gav uttrykk for å imøtekomme forventninger og prioritere denne type kreftomsorg.

Pasientene ønsket informasjon om kreften og behandlingen, heller enn mye trøst og kommunikasjon om følelser. At sykepleiere informerer og viser

omsorg, men holder seg unna dypere samtaler og hjelp med “det private” syntes å være forventninger i kulturen. Andre har og funnet at kreftpasienter verdsetter informativ støtte i større grad enn emosjonell støtte (Galbraith 1995).

Det er likheter i pasientmaterialet og sykepleiermaterialet med hensyn til vektlegging av informasjon for å redusere opplevelse av usikkerhet. En undersøkelse blant norske kreftpasienter viser at de er nokså fornøyd eller i stor grad fornøyd med informasjon om sykdom og behandling (Isaksen 1999). Kreftpasienter vurderer undervisning knyttet til håndtering av symptomer som svært nyttig (Grossman 1993). Sykepleierenes informasjon eller undervisning om sykdommen var ment som hjelp for å redusere følelsen av frykt og opplevelse av usikkerhet. Pasientmaterialet viser at informasjon/undervisning også kan tjene til å øke frykten. Måter å formidle informasjon på var avgjørende for opplevelsen.

Pasientene betraktet humør og evne til å ta situasjonen med fatning som tegn på psykisk styrke. Psykisk styrke gir krefter til å kjempe mot kreften, hevder forfatteren Åse-Marie Nesse (1977). Da hun fikk kreft, tok hun opp kampen mot den. Hun hevder at optimismen hadde nesten alt å si (op.cit.). Psykisk styrke er en type ressurser som sykepleiere kan støtte opp om og stimulere.

Selv om innfallsvinkelen var forskjellig, viser resultatene at både pasienter og sykepleiere mente *måten* pasientene tok situasjonen med kreft på, hadde innvirkning på opplevelsen av livskvalitet. Sykepleierne mente kreftpasienter tenderte til å sette ned sine krav, forventninger og håp for fremtiden. Håp forbindes i sykepleieteori (se kap. 2.3.3) med mot og vilje. Et sykepleiefaglig fokus er å støtte opp om slike ressurser (Rustøen 1998). Pleierne ønsket å dempe usikkerheten gjennom å informere og stimulere til håp og noe å se frem til. Deres forestillinger om mot og vilje som helsemessige ressurser gav seg

utslag i handling. Sykepleierne arbeidet for å styrke disse ressursene gjennom informasjon og positiv støtte.

4.4.2 Kommunikasjon med kreftpasienter

I gruppeintervjuene beskrev sykepleierne hensikter, effekter, fremgangsmåter og tematisk innhold i samtaler med pasienter. De berørte også noen ferdigheter som kreves for å kommunisere støtte og hjelpe pasientene i sykehuset på profesjonell måte. Både planlagt og tilfeldig forekommende kommunikasjon som finner sted i sykehuset kan tjene faglige hensikter. Pasientmaterialet har vist at sykepleierne ofte var korte turer innom på rommet til pasientene og vekslet noen ord med dem, og at dette ble opplevd som støtte. Samtaler om nye medisiner kunne foregå når pasient og sykepleier møttes tilfeldig på korridoren. Hvilke tanker om korte og tilfeldige kommunikasjonssituasjoner gir sykepleierne uttrykk for? Er det slik at sykepleiere legger vekt på bestemte metoder og tilnærminger i kommunikasjon med kreftpasienter i sykehus?

En kan anta at sykepleiere som kommuniserer med pasienter for nå bestemte mål, anvender fremgangsmåter eller kommunikasjonsstrategier de anser som hensiktsmessige i den enkelte situasjon. En strategi vil i denne sammenhengen si handling ut fra en planlagt retning, hvor sosiale ferdigheter blir kombinert i den hensikt å nå bestemte mål (Dickson o.fl. 1993). Gjennom analyse av datamateriale fra gruppeintervjuer med sykepleiere ønsket jeg å belyse deres syn på kommunikasjonsforhold med kreftpasienter og deres erfaringer knyttet til både tilfeldige samtaler og strategier sykepleiere anvendte i målrettet kommunikasjon med kreftpasienter. Tre hovedfunn fra datamaterialet blir beskrevet og drøftet under dette punktet. Tematisk dreier de seg om 1) etablering av kontaktforhold, 2) kommunikasjon som informasjonsutveksling, støtte og hjelp for pasienter i sykehus, og 3) samtaler om sykdommen og situasjonen med kreft. Funnt fremsettes, underbygges og drøftes for hvert delaspekt innen hovedfunnene. Delaspekter markeres med *.

Sist under dette punktet beskrives resultater fra likelydende spørsmål til pasienter og sykepleiere om mengde kommunikasjon om ideelle og reelle samtaletema.

1. Etablering av kommunikasjonsforhold som har profesjonelle hensikter.

I analyse av gruppeintervjuene så jeg etter sykepleiernes uttalelser om mål og hensikter og måter å etablere kontakt og kommunisere på i første møte med nye pasienter.

- *Funn viser tosidige profesjonelle hensikter med å etablere kontakt og bli kjent med pasientene.*

“Du skal bli kjent med pasientene”, sa en sykepleier. Å begynne å bli litt kjent førte til at det ble lettere for pasientene å åpne seg i samtaler med sykepleierne. Det dreide seg her om faktorer som tillit og trygghet. Sykepleierne mente pasientene fikk mer tillit til personellet dersom de fikk få å forholde seg til. Da behøvde ikke pasientene å åpne seg for så mange, og de fikk bedre anledning til å bli kjent med “menneskene bak hvitfrakkene”. Det at pasientene ble kjent med personellet i sykehuset gav dem en trygg base, sa en som videre hevdet at pasientene fikk tillit til den som hadde tillit til seg selv og sin faglige bakgrunn. Det ble vist til tilbakemeldinger fra pasienter om at de opplevde det godt å kjenne sykepleieren som kom på vakt.

I en gruppe ble hvert møte med en ny pasient betegnet som en ny erfaring, hvor en ikke kunne være forutinntatt eller kommunisere ut fra bestemte regler:

husk på at det er pasienter med et helt annet livsgrunnlag og livserfaring
og det kan være helt ulikt vårt
det er ei ny erfaring
kan ikke være forutinntatt -
her skal jeg gå inn og så skal jeg kommunisere sånn og sånn og sånn.

Sykepleierne hadde tro på å møte pasientene med et åpent sinn, uten påvirkning fra andre som kjente pasientene. I en annen gruppe gav de tilsvarende uttrykk for at sykepleierne måtte være åpne for å se hva som kom frem og se an det som skjedde undervegs i møte med nye kreftpasienter.

Det var lettest å samtale med pasienter sykepleierne kjente godt. Å bli kjent med pasientene betyr å kunne forholde seg til dem som personer og ikke som kasus ut fra diagnoser. En sykepleier uttrykte dette slik:

så syns jeg det er litt viktig å bli kjent med pasienten som han var før han ble dårlig
for det er så lett å se ham som en kreftpasient - cancer pancreaspasient
det er litt farlig -
det er litt godt å ha sett pasienten frisk for det første -
hvis du har sett pasienten når han kom inn
når han ikke var preget av sykdommen enda -
men hvis du ikke har gjort det så er det i hvert fall viktig å få høre hvilket liv han har hatt før
så du ikke skal behandle i båser.

Sykepleierne ønsket å bli mer kjent med pasientene som personer enn de mente de ble. Reelt ble sykepleierne kjent med situasjonene eller "status" til alle pasientene:

du får jo bli kjent med alle - du vet jo hvordan de har det -
du vet jo litt status
men du får liksom ikke bakgrunnen.

Det hendte at sykepleierne leste minneord, og først da begynte å forstå hva slags person de hadde hatt med å gjøre. De "skulle ønske" de hadde visst dette tidligere.

Drøfting av funn for person - person relasjonens tosidige betydning.

Det fremgår av dataene at det å bli litt kjent ut over rolleposisjoner og kasus og etablere en person - person relasjon, anses å ha tillitsvekkende betydning for pasientene, og betydning for sykepleierens anerkjennende tilnærming til pasienten som person.

Sykepleierne brukte ikke termen å etablere kontakt, men så det som mål at pasienter ble noe kjent med personellet, og at sykepleierne ble kjent med pasientene som personer. Å bli kjent med noen få av personellet førte for pasientene til tillit og opplevelse av trygghet. Som en følge ble det lettere for pasientene å snakke åpent med sykepleierne. I teori (Travelbee 1971, Dickson o.fl. 1993, Faulkner 1995, Faulkner og Maguire 1998, Hargie o.fl. 1994, 1999) fremheves det å skape og vedlikeholde god kontakt mellom klient/pasient og personell som grunnleggende for å lykkes med målrettet profesjonell kommunikasjon. En vesentlig hensikt med det innledende steget i en

veiledningsprosess er da å etablere kontakt og utvikle et kommunikasjonsforhold hvor pasienten føler seg akseptert og forstått, og ønsker å snakke åpent om sine problemer. All sykepleie krever ferdigheter som svarer til det innledende steget i veiledningsprosessen, hevder Dickson o.fl. (1993). Sykepleierne brukte ikke termene å føle seg akseptert og forstått, men “å bli litt kjent”, slik at pasientene fikk tillit til personellet og følte seg trygge i sykehuset. Det la grunnlag for åpenhet om pasientenes problemer. Og pleierne viste forståelse for betydningen av å etablere en kontakt basert på aksept og forståelse for at pasientene var personer med en annen bakgrunn enn dem selv.

I møte med nye og for sykepleieren ukjente pasienter, var oppmerksomhet og åpenhet et steg i å individualisere, heller enn å standardisere pleien og kommunisere ut fra bestemte regler og rolleforventninger. Dersom informasjon om pasienten og sykdommen førte til at sykepleiere ble forutinntatt, sto den fordomsfrie forutsetningen for å etablere en menneske til menneske relasjon i fare. Oppmerksomhet vendt mot den andre, relasjonen og dialogen hadde betydning for å foreta observasjoner og tolkinger upåvirket av egenskaper tillagt “pasienter med kreft i bukspyttkjertelen” og forhåndsinformasjon om det nye “tilfellet”. Tilskrevet rolleposisjon (pasient) er uavhengig av den bestemte personen (Hargreaves 1975). Det handler her om å forholde seg til personen, og ikke rolleposisjonen og “typiske tilfeller” med en bestemt type sykdom. Å møte pasienter var å møte mennesker som hadde en annerledes bakgrunn og andre erfaringer i livet enn de sykepleieren hadde. Det var viktig å være åpne for budskap og non-verbale signaler i møte med nye pasienter.

Sykepleierne gav uttrykk for meninger i tråd med sykepleieteori om livshistorie, erfaringer og selvforståelse som utgangspunkt for mestring i den endrede situasjonen med kreft (Benner og Wrubel 1989). En grunntanke i Travelbee (1971) sin teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleie, er at både sykepleier og pasient må relatere seg til den andre i et person til person

forhold. Det forutsetter at begge beveger seg mot et dypere nivå enn “fasaden” hvor de møtes som aktører med ulike roller. Relasjonen sammenføres og blir dypere først etter at de to har vært i gjennom flere faser enn innledende møter (op.cit). Så langt viser data at sykepleierne ikke ble så godt kjent med alle pasientene som de ønsket. De kjente “status” i situasjonen, men fikk “liksom ikke bakgrunnen”. Noen pasienter fikk de god kontakt med, og det var lettere å kommunisere med dem enn med andre.

Det var risiko for at sykepleierne kunne forholde seg til pasienter bare som kasus/sykdomstilfeller. Derfor var det viktig å høre om livet pasienten hadde levd. Fortalte pasienter om livet sitt, fikk sykepleierne en forståelse av hvem de var. Det motvirket at personer (pasienter) ble oppfattet som kasus. For det ene forholdt sykepleierne seg til problemer knyttet til sykdomstilfeller. For det andre dreide det seg om å etablere kontakt og bli kjent med pasientene og deres bakgrunn, og “i det minste høre hvilket liv pasienten har hatt før”. Intensjonen var ikke å utvikle dypere relasjoner, men å ha fokus på personer og gå ut over rolleposisjoner i relasjonene.

Pasientene fikk tillit til sykepleiere som ytet, og som hadde tillit til seg selv og sin faglige bakgrunn, mente en sykepleier. At sykepleierne gjennom handling viste pasientene at de “ytet som forventet”, var ytringer om kjennetegn på kompetanse som den andre observerte (jfr. kap. 2.4 om kompetanse). Denne sykepleieren mente og at tillit til egen faglig bakgrunn hadde effekt på pasientenes tillit. Bruner (1997: 52) hevder at å lære å mestre noe innebærer å oppnå sikker dømmekraft, tillit til seg selv og å arbeide godt sammen med andre. Slik læring blomstrer i gjensidige læringsfellesskap. Utsagnet fra den nevnte sykepleieren kan være uttrykk for et fruktbart læringsfellesskap blant sykepleierne på dette arbeidsstedet. Det kan og sikte til gjensidig læring i samspill med pasienter. Dette er antagelser jeg kommer tilbake til i punkt 4.4.3. Nedenfor følger en betraktning av sykepleiernes syn på kommunikasjonsforholdet i møter nye pasienter hvor kontaktforhold etableres.

* *Funn viser at kommunikasjonsstrategier i møte med nye pasienter var forstått som både saks- og personorienterte fremgangsmåter basert på innlevelse og sammensatt faglig kompetanse.*

Det var ønskelig at pasientene fikk få sykepleiere å forholde seg til, og dette var det til dels tatt høyde for i organiseringen av sykepleietjenesten. I noen sengeposter hadde sykepleiere ansvar for pleien til et avgrenset antall pasienter, og en og samme sykepleier hadde ansvar for de samme pasienter under hele sykehusoppholdet. I andre poster ble oppgaver og ansvar overfor pasientene tildelt sykepleiere for hver vakt. I løpet av vekten hadde en og samme sykepleier ansvar for all pleie til noen bestemte pasienter.

Informasjon til nye pasienter om sykepleieren og om sykehuset.

I møte med nye pasienter var det viktig å legge forholdene til rette for pasienten, og informere ham/henne om sykehuset og det som skulle foregå der. En sykepleier i SGR 1 fortalte at hun pleide å hilse på nye pasienter hver gang hun kom på kveldsvakt. Samtidig fortalte hun pasienten at det var vaktskifte, hvor lenge hun skulle være på vakt, og at hun var den sykepleieren pasienten skulle ta kontakt med dersom det var noe hun/han ville ta opp med personellet. Dette var ikke rutine blant alle sykepleierne. Sykepleierne brukte ikke "faste fraser" i møte med nye pasienter, men varierte kommunikasjonen fra situasjon til situasjon.

"Forsiktig rett på sak" om person og situasjon.

I samtaler med nye pasienter var det og et mål at sykepleierne skulle bli kjent med pasientene og den enkeltes situasjon. Sykepleierne innhentet informasjon for å kartlegge situasjonen og vurdere pasienten behov for pleie;

og du spør om de mest inngående ting.

Sykepleierne gikk forsiktig frem, "pratet litt" og så an hvordan det gikk. De la opp til at pasientene fikk ta opp det de ønsket. En måtte være åpen for å se hva som kom frem, og se an hvordan samtalen utviklet seg, lære av pasienten og skjønne hva en skulle ta tak i der og da. En føler litt på hva pasienten vil snakke om, og oppdager det fort dersom en tar opp noe pasienten ikke har lyst til å samtale om, mente en, for da "snakker pasienten det bort". Noen ganger brukte sykepleierne avklarende spørsmål som forsøk på å få pasientene til å samtale om sine problemer;

vil du snakke med meg om det.

Da kunne pasientene fortelle ganske mye.

Respekt, interesse og likeverd.

Sykepleierne mente pasientene merket at personellet brydde seg. De hadde en følelse av hvor nær kontakt den enkelte pasient ville ha, og om det passet å ta pasienten i handa, å sette seg på sengekanten, eller å gi pasienten en klem. Men en måtte være forsiktig slik at pasienten ikke følte seg ydmyket. Posisjonen hadde betydning;

jeg vil helst ha pasienten på nivå så vi kan snakke sammen i samme øyehøyde
eller hva jeg skal kalle det ...
det er *måten* jeg snakker med pasientene på ...
jeg *vil* i hvert fall gjøre det ...
jeg vet ikke om jeg får det til - men jeg er opptatt av det altså.

Sykepleieren ønsket å vise ekte interesse og innlevelse (empati) og at hun hadde holdninger til pasientene som likeverdige med henne;

og jeg tenker på empati
jeg tror kanskje ikke pasientene opplever så veldig mye empati
hvis vi hever oss et hode over dem.

Sykepleiere møtte pasienter de ikke kjente også når pasientene hadde vært i sykehuset en tid. Slike møter kommer jeg tilbake til.

Drøfting av funn.

Kompetanse dreier seg om å kunne møte spesifikke utfordringer som melder seg i spesifikke situasjoner, og takle utfordringene fullt og helt (Brezinka 1988). Jeg vil presisere forståelsen av kompetanse før jeg går videre i å underbygge funn ut fra denne begrepsforståelsen. Sletta (1990) har pekt på at begrepet kompetanse har en tendens til å bli et generelt begrep, et honnørord eller en abstrakt foreskriving uten konkret veiledning. Med den forståelsen jeg legger til grunn i analysen, siktes det ikke til kompetanse innen området sykepleie generelt, men til evne eller disposisjoner som gjør sykepleieren i stand til å gjøre det som kreves i situasjoner hvor sykepleieren står overfor en spesifikk type utfordring (jfr. kapittel 2.4.1).

Materialet viser at sykepleiere i møte med nye pasienter imøtekommer en sammensatt faglig forventning. De nytter anledning og tid til å bli litt kjent med personen og til en begynnende kartlegging av situasjonen. Det er

sannsynlig at *måten* å møte sammensatte utfordringer på, karakteriserer profesjonell kompetanse i spesifikke situasjoner i sykepleie. Jeg vil og hevde at utfordringen sykepleierne sto overfor var spesifikk, og at den hadde sammensatt karakter. Den spesifikke utfordringen sykepleierne sto overfor må forstås ut fra hva som forventes og blir verdsatt i det samfunnet hvor sykepleierne befinner seg. "Samfunnet" forstås her som omgivelsene avgrenset til pasientene, kollegene og fagkulturen.

En spesifikk utfordring i en spesifikk type situasjon må identifiseres dersom den refererte forståelsen av begrepet kompetanse legges til grunn. Når sykepleier og kreftpasient møtes i sykehuset kan spesifikke situasjoner identifiseres. Det er i seg selv spesifikt at det foregår møte mellom fagperson og kreftpasient i den spesielle omgivelsen, og at personene som møtes har to ulike rolleposisjoner. Rolleposisjoner kan være tilegnet eller tilskrevet (Hargreaves 1975). Sykepleieren har en profesjonell rolle og hun har tilegnet seg rolleposisjonen. I pasientrollen har personen en rolleposisjon som er gitt eller tilskrevet, og ikke tilegnet med hensikt. Pasienten har eller antas å ha en kreftsykdom, og det er bestemmende for posisjonen.

Pasientmaterialet viser at pasientene forventer og verdsetter at sykepleiere er alminnelige og forekommende og viser ekte interesse i møte med dem. Informasjon om faktiske forhold etterspørres og verdsettes (jfr. kapittel 4.3). Materialet fra intervjuene med sykepleierne har vist at sykepleierne i møte med nye pasienter "pratet litt" og så an hvordan det gikk, og det kan sikte til en alminnelig væremåte som ble verdsatt av pasientene. Sykepleierne introduserte seg selv og orienterte om rutiner i sykehuset i den hensikt å "legge forholdene til rette" for pasienten og gjøre situasjonen i sykehuset forutsigbar. Informasjonen dreide seg om faktiske forhold, og var på den måten i tråd med pasientenes forventninger. Dickson o.fl. (1993) hevder at sykepleierne bør gi et imøtekommende førsteinntrykk, orientere om hva som skal skje, gi råd om hva pasienten kan gjøre og sjekke om informasjonen som

er gitt er forstått. Sykepleierne i mitt utvalg forberedte pasienten til sykehusoppholdet blant annet ved å informere om det som skulle skje i sykehuset, men materialet viser ikke om de sjekket hvordan informasjonen ble forstått.

En hensikt var å åpne for og få pasientene til å ta opp det de ønsket. “Vil du snakke med meg om det?”, var en måte å spørre på som sykepleierne brukte for å få pasientene til å fortelle om aktuelle problemer. Å bruke spørsmål på denne måten er og en måte å vise pasienten interesse på (Dickson o.fl. 1993). Inntrykket fra datamaterialet er at sykepleierne viste pasientene interesse, som et første steg i en bli kjent prosess hvor oppmerksomheten rettes mot relasjonen i møtet mellom personer.

For å bevege seg bak rolleoppfatningene og begynne å oppfatte hverandre som unike personer, bør sykepleiere unngå overflatisk og mekanisk kommunikasjon, skille mellom pasientens identitet og helseproblemet, og gi responser på det unike ved personen, hevder Travelbee (1971). Sykepleierne “brydde seg” om pasientene (personene) og deres reaksjoner. De brukte ikke “faste fraser” i møte med pasienter, men var opptatt av å vise interesse og innlevelse med varhet og respekt, og møte pasientene som likeverdige personer.

Personellet bør spørre om pasienten bekymrer seg eller uroer seg for noe. Og hvert spørsmål fra pasienten bør besvares med fullstendige forklaringer , hevder Dickson o.fl. (1993). Pasientene ble oppfordret til å ta opp det de ønsket. Sykepleierne brukte og direkte spørsmål for å oppfordre til å ta opp problemer. Men pasientene ble ikke presset til å snakke om det de ikke ønsket å ta opp. Noen ganger fortalte pasientene mye, andre ganger skiftet de tema og unngikk derved å samtale om det som ble berørt.

Sykepleierne gikk forsiktig frem, men de spurte alt i det første møtet om “inngående ting”. De benyttet anledningen og tiden sammen med pasienten til å begynne med innhenting av informasjon om pasientens situasjon og helseproblemer. Sykepleiere kan tilhøre en fagkultur som i sin tenke og væremåte i betydelig grad er orientert mot helseproblemer og faglige problemløsninger av dem. Orienteringen synes å være overordnet, men materialet viser at sykepleierne på samme tid er orientert mot personen, dialogen og livshistorien, i det minste i de innledende møter. Innsamling av informasjon foregikk ikke uten hensyn til personen og dennes selvbestemmelse. En antagelse trer frem om at fagkulturelle måter å møte sammensatte fordringer på, er å integrere dialogfokus og problemfokus i et “person-med-problem” fokus. Under tema om informasjonsutveksling nedenfor, beskrives analyse ut fra antagelsen.

I løpet av de første minuttene når mennesker møtes, danner de seg oppfatninger om hverandre, og disse oppfatningene har stor betydning for hvordan den enkelte senere vil oppfatte den andres måte å samhandle og være på (Dickson o.fl. 1993, Travelbee 1971). Tidligere erfaringer og stereotype rolleoppfatninger tenderer til å påvirke førsteinntrykk som baseres på raske vurderinger. Det en lærer om den andre i denne fasen kan være riktig eller uriktig i intellektuell forstand, men det er nødvendigvis sant på emosjonelt nivå, hevder Travelbee (1971), som kaller de første oppfatningene om den andre for “emosjonell kunnskap”. Uavhengig av validitet tenderer dette førsteinntrykket til å påvirke interaksjonen og kommunikasjonsforholdet mellom de to. I avdelingene hvor sykepleierne arbeidet, var arbeidet organisert med tanke på at hver pasient skulle forholde seg til et fåtall sykepleiere. Følgelig hadde måter å møte pasienter på betydning for hvordan pasientene oppfattet sykepleiere de måtte forholde seg til under hele sykehusoppholdet.

2. Kommunikasjon som informasjonsutveksling, støtte og hjelp.

I møte med nye pasienter gav sykepleierne generell informasjon om rutiner i sykehuset. De begynte en bli kjent prosess og kartlegging av situasjonen til pasienten for å bedømme pasientens behov for sykepleie. Senere i forløpet formidlet de mer detaljert informasjon om undersøkelser og behandling av kreften og om prosedyrer og sykepleiefaglig oppfølging som var aktuell ut fra situasjonen til den enkelte pasient.

- ***Informasjonsutveksling med pasientene beskrev sykepleierne som anvendelse av noen, men ikke alle fremgangsmåter ved profesjonell intervjuing, faktaformidling og veiledning.***

Sykepleiere informerte pasientene om undersøkelser, behandling og operasjoner som skulle skje i sykehuset. Pasientene fikk og informasjon knyttet til tiltak som sykepleierne utførte.

- * *Informasjon om prøver, undersøkelser, behandling og pleie.*

Rutiner var en forutsetning for at informasjonsformidlingen til pasientene skulle fungere. Sykepleiere i en gruppe fortalte om rutiner hvor de samtidig med utdelingen av medisiner på kvelden, informerte pasientene om det som skulle skje neste dag. Dersom sykepleierne hadde tid til det, fortalte de mer detaljert om det som skulle foregå;

vi spør de - om vet du hva du skal igjennom
“ja jeg har hørt at jeg får et rør ned igjennom lungene”
men det er ikke nok
for det de lurte på hele tiden det er detaljene det
og når jeg har tid til det så forteller jeg at først får du det og så får du det og
så er det -
og så bedøver de deg der og så bedøver de deg der
og så instruerer de deg om hvordan du skal puste og om hvordan du skal
svelge -
og så sier jeg de må huske på at det er ikke så ille som den i nabosengen sier -
for det er sånn som du opplever det -
og da kommer de fornøyd tilbake
for da var det akkurat sånn som du hadde sagt det
da var det ikke så ille - det var ikke det -
og da er de fornøyd altså - når de har fått skikkelig informasjon på forhånd.

- * *Informasjon om måter å gjennomføre prosedyrer på.*

Sykepleierne diskuterte betydningen av å informere om hvorfor de gjennomførte prosedyrer med noe ulike fremgangsmåter, men ut fra ensartede faglige prinsipper. Sykepleiere hadde opplevet pasienter som ble unødige skremte fordi besøkende mente noe ikke var korrekt utført. Personellet hadde

ingen faste rutiner for hva de informerte om og hva de forklarte og gav pasientene faglige begrunnelser for når de utførte prosedyrer. I diskusjonen kom de heller ikke frem til en “beste” fremgangsmåte å informere på. De så det som et mål å unngå unødig frykt hos pasientene. De mente det var behov for mer drøfting av måter å informere om praktiske fremgangsmåter på.

* *Støtte når pasientene søker kunnskap gjennom internett og media.*
Sykepleiere i SGR 4 hadde merket at pasientene brukte internett som informasjonskilde. Pasienter som fikk beskjed om kreft og “var i sjokk”, kunne lete seg frem til informasjon på internett, “for der er kompetansen”. De hadde også lest i aviser og ukeblader om kreftbehandling. Sykepleierne fikk høre om en del reaksjoner hvor informasjonen hadde skapt høye forventninger;

de har lest i avisen om transplantasjoner
og det finnes behandlinger i London
og de har lest om det og det kanskje-
gjør ett eller annet -
og så viser det seg jo ofte at de har misforstått
de har feilkobla - for dem skjønner det liksom ikke -
ja folk misforstår.

Pasientene forsto ikke slik informasjon fullt ut, og ble frustrerte av det mente sykepleierne. Det var viktig at pasientene raskt fikk snakke med helsepersonell om slike ting, slik at de fikk “roet seg ned”. Sykepleierne var åpne og lyttet til pasienter som tok opp slike tema. Ofte var det viktig at pasienter fikk samtale med leger om hva som var aktuelt i pasientens tilfelle.

* *Legevisitten var møtested for de tre partene pasient, lege og sykepleier.*
Å gjenta informasjon leger gav pasientene, var en oppgave etter legevisitter. Pasientene hadde ofte spørsmål de ville ta opp med legen. Legene gav informasjon om det rent medisinske;

de har mer dekning for det som er rent medisinske ting da -
at prøvene viser sånn og sånn og det er spredning dit og dit og så videre.

Legene var stort sett ikke inne hos pasienten annet enn under legevisitten. Pasientene så frem til legevisitten. En lege ble rost fordi han ville ha lange visitter hos pasientene og korte previsitter på vaktrommet;

og det syns jeg er flott
for da får pasientene skikkelig informasjon
og det pasientene får vite det får jeg også vite.

Det var vanlig praksis at sykepleiere var med når innlagte pasienter i samtale med lege fikk vite at de hadde kreft.

* *Å få frem fakta om sykehistorien og forstå opplevelse av situasjonen.*

Tidlig i forløpet samtalte sykepleierne med pasientene og innhentet informasjon for å kartlegge pasientens situasjon. Sykepleierne innhentet informasjon fra pasientene om sykehistorie, smerter og plager, og om hjemmeforhold;

SGR1 S3: ja det er det - du spør jo om de mest inngående ting

SGR1 S2: du skal bli kjent med de

SGR1 S3: første gangen du snakker med dem

så haler du ut av dem informasjon -

hvordan har du det hjemme

hva må jeg ordne til du skal hjem -

så det blir nesten litt *falskt*

SGR1 S4: ja dette når du henter en pasient -

hvordan er forholdene hjemme -.

Årsaken til opplevelsen av at det ble “nesten falskt” å be om så mye informasjon, var knyttet til sykepleiernes opplevelser når pasienten reiste hjem;

SGR1 S3: bare at når de skal hjem da så -

så føler jeg liksom at de tror at jeg ikke bryr meg om dem

for jeg sier jo ikke *ha det* en gang

da har jeg vært *så* interessert før da -

det blir så falskt.

Noen pasienter hadde en “sperre” for hvor mye de ville utlevere seg. Av den grunn så sykepleierne i SGR 1 det å samtale med pasientene på rom hvor andre pasienter var til stede som uheldig, men ofte hadde de ikke noen muligheter til å samtale med pasientene i enerom. Sykepleierne i SGR 6 brukte samtalerom i situasjoner hvor det var naturlig, slik som ved innskriving og utskrivning av pasienten.

Drøfting av funn for informasjonsutveksling og personstøtte.

I situasjoner hvor det foregikk informasjonsutveksling la sykepleierne vekt på å kommunisere psykisk støttende. Sykepleierne var opptatt av å vise respekt for pasientenes integritet og autonomi, og så dette som fordringer til praksis. I gruppeintervjuene diskuterte sykepleierne kjennetegn og aspekter ved faglige fremgangsmåter for å gi støtte og formidle informasjon til pasientene.

Psykisk støtte ved hjelp av informasjonsformidling til pasientene.

Sykepleierne mente faktaformidling gjorde situasjonen til den enkelte pasient mer forutsigbar, den dempet frykt og ble positivt verdsatt av pasientene. Sykepleierne beskrev noen fremgangsmåter for formidling av informasjon. Informasjon om undersøkelser eller behandling som skulle foregå neste dag ble gitt rutinemessig kvelden før. Sykepleiere viste ferdighetsutøvelse ved å bruke klargjørende spørsmål til pasienten om hva han/hun visste fra før. Forklaringer var beskrivende og detaljerte; “først får du det, så det osv.”. Ut fra gjengivelser i intervjuer brukes et direkte og presist språk og en logisk linje i fremstillingen. Dette er tegn på elementer ved ferdigheter i å forklare (Dickson o.fl. 1993, Hargie o.fl. 1994). Her som i andre sammenhenger, kom det ikke frem hvorvidt sykepleiere avsluttet informasjonsformidling med å sjekke ut om informasjonen var forstått, men de evaluerte den ved å observere resultatet; “da kommer de fornøyd tilbake”. Med forklarende fremgangsmåte belyste sykepleierne det som var nødvendig for å gjenkjenne en (mental) tilstand pasientene kom til å oppleve. Sykepleierens evaluering skjedde ikke ut fra regler/prinsipper for forklaringer, det vil si ut fra hvorvidt forklaringer var forstått, men ut fra en fortolkning av hva pasientene fortalte. Pasientenes opplevelser var i tråd med deres forventninger.

Forventninger er en viktig variabel for å forklarer variasjon i pasienttilfredshet (Linder-Pelz 1982). Forventninger, som en tilstand hvor man venter på noe eller gjør seg en forhåndsforestilling om noe, modifiseres med konkret informasjon i forbindelse med prosedyrer og behandling i helsetjenesten, og dette påvirker også evnen til å mestre det en erfarer. Pasientenes tilfredshet formes i stor grad når pasienten er mest fysisk eller psykisk sårbar (Knutsen 1997). Pasientmaterialet viste at pasientene var sårbare i situasjoner hvor de skulle til undersøkelser eller behandling på grunn av kreft, og “små ord” kunne bli feiltolket. De “var i sjokk” mente sykepleierne. Informasjon som var til hjelp for å bevare roen og fungere ble verdsatt av pasientene.

Sykepleierne diskuterte hvorvidt det var hensiktsmessig at de forklarte faglige sammenhenger i forbindelse med gjennomføring av prosedyrer. Forklaringer kan inndeles i beskrivende forklaringer og forklaringer som viser forbindelser og sammenhenger (Hargie o.fl. 1994). Sykepleierne fortalte pasientene hvilke prosedyrer de gjennomførte, men det var ikke vanlig praksis å forklare og begrunne detaljer ved prosedyrene. Sykepleierne diskuterte hvorvidt forklaringer som viste sammenhenger kunne være hensiktsmessig dersom pasienter gav uttrykk for frykt for at de hadde hørt om noe som kunne være farlig, som for eksempel "luft i slanger". Her fant de ikke frem til hva som var beste fremgangsmåte, og de fant at temaet måtte drøftes nærmere i staben.

Sykepleierne mente det var viktig å lytte til pasientene og få frem oppfatninger som var skapt gjennom påvirkning fra kjente, media og internett. Dersom pasienter har urealistiske forventninger til det som skal skje, er det viktig å avklare dette for å gjøre forventningene realistiske (Håkonsen 1999). Sykepleierne gav forklaringer for at pasientene skulle forstå det de hadde hørt/sett. De sørget ofte for samtaler med leger som kunne forklare informasjonen i sammenheng med pasientens sykdomstilfelle.

Legevisitten var et møtested hvor pasienter fikk de samme opplysninger som sykepleierne. Informasjon som pasienter fikk her eller i samtaler med lege om kreften, ble lagt til grunn for oppfølging i samtaler mellom pasient og pleier.

Innhenting av informasjon med respekt for pasientenes integritet og autonomi. Sykepleierne "halte ut" informasjon fra pasientene første gang de møttes. Det synes som om dette var forventet som en selvfølgelighet i arbeidsfellesskapet/kulturen. Å nytte tiden til en problemløsende tilnærming kan være et poeng her. Derimot var det ingen selvfølge at sykepleierne avsluttet samarbeidet og tok farvel. Ut fra positive holdninger ønsket sykepleierne å gi uttrykk for respekt de følte overfor den enkelte ved å ta farvel, men dette hadde de ofte ikke anledning til å gjøre.

Sykepleierne ønsket å vite pasientene interesse for deres situasjon gjennom innhenting av informasjon. Sykepleierne spurte om “de mest inngående ting”. Grunnkomponenter i sykehistorien er beskrevet til å omfatte biografiske data, grunnen for at pasienten søker tjenesten, aktuell helsetilstand, tidligere helsehistorie, pasientens oppfatning om sin helse, ernæring, eliminasjon, personlig hygiene, seksualitet, hvile og søvn, mentale data, sosiale data, åndelige/religiøse data (Heidenberg og Douhan 1985). Mange har likestilt ankomstintervjuet med å bestemme pasientens behov (op.cit.). Sykepleierne likestilte ikke ankomstintervju med en endelig kartlegging, men betraktet ankomstintervjuet som en begynnende innhenting av informasjon. Det var starten på en problemløsende prosess.

Pasientmaterialet har og vist at pasienter kunne reagere på alle spørsmålene og undres over om de var nødvendige eller grunnet i nysgjerrighet. Noen pasienter hadde “sperre” for hvor mye de ville utlevere seg, mente sykepleierne, og det var viktig å gå varsomt frem, vise respekt og ikke ydmyke pasientene.

Sykepleierne så kartleggingssamtaler på flersengs rom som uheldig, men det ble ofte betraktet som eneste mulighet. En gruppe fortalte at de hadde samtalerom som ble brukt ved inn - og utskrivning av pasienter. Lønstad (2000) har fokusert på rammefaktorer i en studie av sykepleiernes erfaringer med pasientveiledning, og hun fant at mangel på samtalerom og tilstrekkelig tid var åpenbare hindere for å nå ideelle mål. Mine informanter hadde lignende erfaringer og syn på denne problematikken, som dreier seg om å legge forholdene til rette for profesjonell kommunikasjon, og ikke kommunikasjon i sin allminnelighet.

Stadier eller fremgangsmåter for å gi støtte og utveksle informasjon.

Kliniske intervjuer og kliniske veiledningssamtaler blir beskrevet med inndeling i stadier som steg i fremgangsmåten (Dickson o.fl. 1993, Hargie o.fl. 1999, Håkonsen 1999). Et innledende åpningsstadium omfatter presentasjon og samtale om nøytrale ting. Det svarer til sykepleiernes hilsing og hverdagsprat. Deretter følger et orienterende stadium med presentasjon av de rutiner og informering om det som skal skje i den nærmeste tiden.

Sykepleierne orienterte generelt i det pasienten kom til sykehuset, og spesifikt og mer detaljert kvelden før pasienter skulle til undersøkelser eller behandling. Avklaring av hva pasienten kjenner til fra tidligere hører med her (op.cit.), og ble beskrevet i materialet. Så følger stadiet for innhenting av informasjon, hvor materialet så langt viser at sykepleiere går i detalj, sannsynligvis i tråd med teori om innhenting av "sykehistorie" til bruk i en problemløsende prosess. Slik informasjon innhentes for å planlegge fornuftige gjøremål til pasientens beste.

Materialet viser at sykepleiere har interesse av å yte individuell hjelp, de viser varhet og respekt for den enkelte, gir støtte og informasjon som hjelp for å få kunnskap, dempe frykt og bevare roen. De beskriver mange kjennetegn på profesjonelle fremgangsmåter, og viser til ferdighetsutøvelse som er funnet verdsatt i pasientmaterialet. Data og teori underbygger funn av trekk ved profesjonell intervjuing og faktaformidling med mål å fremme helse relatert livskvalitet.

3. Samtaler om situasjonen med kreft.

Å samtale med kreftpasienter var vanskelig. Det innebar møte med ulike personer i forskjellige situasjoner med kreft. Pasientene reagerte ulikt på å ha kreft og de var forskjellige med hensyn til åpenhet om sin opplevelse av situasjonen.

- *Funn viser at samtaler som hjelp til mestring og ny orientering hadde karakter av psykososial støtte, undervisning med bruk av kontrast og konfrontasjon med realiteter, og innledende steg i veiledning.*

* *Anerkjennende støtte ved reaksjon på sårplager etter kreftoperasjon.*

Sykepleierne så det som et mål at pasientene satte ord på sine reaksjoner og snakket åpent om kreften. Noen pasienter gav uttrykk for at det var en sjokkartet opplevelse å få kreft, men reaksjonene var forskjellige fra person til person. En sykepleier i SGR 2 redegjorde for sine samtaler med en kvinne med brystkreft. Sykepleieren forsøkte å fortolke og forstå pasienten. I intervjuet utvekslet hun tanker hun gjorde seg om pasientens reaksjoner med deltakerne i gruppen;

S4: Det gikk ganske fort at brystet ble fjernet og hun reiser hjem og så kommer hun tilbake noen dager etterpå med infeksjon i operasjonssåret - der var det ganske mye sårskift
så jeg var ganske mye inne hos henne i forbindelse med det –
og plutselig begynte damen å gråte
og jeg prøvde liksom å få henne til å snakke om hva det var –
jeg trodde jo egentlig at det var brystkreften
men det var infeksjonen i operasjonssåret som hun ble plaget med –
det var litt komplisert også - veldig stygt sår med en stor abcess (byll)
det ble en lomme der så det ble litt langvarig –
det gjorde henne helt fortvilet –
for nå følte hun at hun aldri skulle bli bra etter operasjonen
og det sa hun selv altså at selve kreften skremte henne ikke
og om hun skulle dø så var det greit det ...
men denne infeksjonen - den syntes det som hun hadde problemer med å takle
- som jo egentlig var noe som kunne rettes på kan du si ...
S2: men kunne det ikke være selve sykdommen som egentlig ...
og at hun overførte det på grunn av infeksjonen
S4: jo det var sånn jeg ville oppfatte det
og derfor så tok jeg det opp med henne også
om det var kreftsykdommen som gjorde dette
for det er viktig det at det kommer tårer sa jeg - bare gråt ...
“ja men du skjønner det at det er ikke det at jeg har kreft”
det var det her styret at det skulle bli komplikasjoner -
men i underbevisstheten kunne det jo være noe annet -
selv om hun ikke var det bevisst selv heller.

Fortolkning og drøfting.

Mine funn viser anerkjennende kommunikasjon med orientering mot dialogen og personen som opplever helseproblemer og reagerer på dem. I den hensikt å støtte og hjelpe pasienten til redusert frykt og for å oppnå mer psykisk velvære, grunnes en støttende fremgangsmåte i faglige vurderinger og aksept av pasienten og dennes egenopplevelse. Oppmerksomhet, interesse,

anerkjennelse og spørreferdigheter for å oppklare og kontrastere anvendes i en anerkjennende støttestrategi.

Sykepleieren redegjorde her først for hendelsesforløp som foranlediget at pasienten var i sykehuset:

S4: Det gikk ganske fort at brystet ble fjernet og hun reiser hjem og så kommer hun tilbake noen dager etterpå med infeksjon i operasjonssåret

Sykepleieren redegjorde så for hvorfor hun var ganske mye inne hos pasienten;

- der var det ganske mye sårskift
så jeg var ganske mye inne hos henne i forbindelse med det –

Hva som ble sagt og formidlet nonverbalt i de sammenhengene er ikke kjent. Alle mellommenneskelige samspillsammenhenger har en kommunikativ funksjon (Hargie o.fl. 1999), og det er alltid en latent kommunikasjon i å utføre en oppgave (Fredriksson 1999). Det er mulig sykepleieren kommuniserte støtte som pasienten “svarte” på;

og plutselig begynte damen å gråte

Sosial støtte er betraktet som en ressurs, som et sosialt fond mennesker kan benytte for å håndtere stressorer (Thoits 1995). Sykepleieren kommuniserte aktiv interesse og ønske om å få forståelse av hva som var grunnlaget for pasientens reaksjon;

og jeg prøvde liksom å få henne til å snakke om hva det var –

Sykepleieren fortalte oss videre om tanker i situasjonen. Hun forsøkte å forstå pasientens grunner for å reagere med gråt, og antok at det var kjennetegn for en reaksjon på at pasienten hadde kreft;

jeg trodde jo egentlig at det var brystkreften

Pasienten viste til en annen grunn, og sykepleieren fulgte opp pasientens tankegang;

men det var infeksjonen i operasjonssåret som hun ble plaget med – det var litt komplisert også - veldig stygt sår med en stor abcess (byll) det ble en lomme der så det ble litt langvarig.

Pasienten fortalte om hva som gjorde henne fortvilet og hva som var mindre vanskelig å akseptere;

det (såret) gjorde henne helt fortvilet – for nå følte hun at hun aldri skulle bli bra etter operasjonen og det sa hun selv altså at selve kreften skremte henne ikke og om hun skulle dø så var det greit det ...

Sykepleieren konstaterte hva som var vanskelig *for pasienten*, og vurderte *selv* problemet til å være et mindre problem som sannsynligvis kunne løses;

men denne infeksjonen - den syntes det som hun hadde problemer med å takle - som jo egentlig var noe som kunne rettes på kan du si ...

En annen sykepleier i gruppa grep inn og antydte at pasienten ved å se såret som trussel, overførte opplevelsen av trusselen fra kreften til selve såret;

S2: men kunne det ikke være selve sykdommen som egentlig ... og at hun overførte det på grunn av infeksjonen.

Når mennesker møter stressorer som resulterer i en trusselopplevelse, motiveres forsøk på mestring og kontroll (Lazarus og Folkman 1984, Thoits 1995). Primær kontroll refererer til forsøk på å forandre omgivelsene, mens sekundær kontroll refererer til forsøk på å tilpasse seg omgivelsene.

Sykepleieren synes å anta at pasienten for å mestre situasjonen med kreft, forsøkte å vri tanker om trussel fra kreften over til såret som trussel mot velvære og fungering. Det var en måte å oppfatte reaksjonen på som S4 også hadde sett som en mulighet. Sykepleieren lyttet til pasienten i den hensikt å forstå og hjelpe, og hun gav pasienten tilbakemelding på sin egen forståelse, og oppfordret pasienten til å vise tegn på sin følelsesmessige reaksjon på kreften. Men pasienten bekreftet ikke sykepleierens antagelser;

S4: jo det var sånn jeg ville oppfatte det
og derfor så tok jeg det opp med henne også
om det var kreftsykdommen som gjorde dette
for det er viktig det at det kommer tårer sa jeg - bare gråt ...
“ja men du skjønner det at det er ikke det at jeg har kreft”
det var det her styret at det skulle bli komplikasjoner -
men i underbevisstheten kunne det jo være noe annet -
selv om hun ikke var det bevisst selv heller.

Sykepleieren brukte kontrasterende og oppklarende spørreferdighet; hvorvidt det i kontrast til såret, var kreftsykdommen som gjorde dette? Hun viste pasienten anerkjennelse for å reagere med gråt; det var viktig at det kom tårer. Hvorfor det var viktig sa hun ikke. Med henvisning til sykepleiernes forståelse av helserelatert livskvalitet, kan en anta at velvære og psykisk fungering på lengre sikt var forventet som resultat (jfr. kapittel 4.4.1). At det var viktig å la tårene komme, viser og en anerkjennende tilnærming og tegn på aksept av pasientens måte å reagere på. Anerkjennelse bygger på likeverd, hevder Thornquist (1998). Pasientens opplevelse var likeverdig med sykepleierens, og den ble akseptert som den reelle for pasienten.

Fredriksson (1999) har gjennomgått 28 studier om studier av relasjoner mellom omsorgsytere og pasienter. Han har kommet fram til en modell med to relasjonsmåter; henholdsvis en nær/dyp *forbindelse* hvor sykepleieren er *hos* pasienten (being with), og en *kontakt* grunnet i sykepleierens oppmerksomme holdninger og tilstedeværelse *for* noen (being there) med basis i deres roller. Oppmerksomheten kan forstås som “svar” på pasientens behov, det vil si at strukturen følger et spørsmål og svar mønster. Fredriksson (op.cit.) hevder mønsteret i den dypere forbindelsen er “gave og invitasjon”, det vil si at sykepleieren gir sin tilgjengelighet til disposisjon for pasienten, og pasienten inviterer sykepleieren til å se og dele opplevelsen av sårbarhet og lidelse.

Sykepleieren referert ovenfor, gav for det ene uttrykk for å være tilgjengelig for å være *hos* pasienten som “inviterte til å se” hennes gråt og grunner for det. Men sykepleieren var der og *for* pasienten som person med et klinisk

helseproblem. Hun viste faglig vurdering og handling. Som svar på det hun antok var reaksjoner på å ha kreft, oppfordret hun pasienten til å reagere emosjonelt og bearbeide tanker og følelser. Hun gav til kjenne tilstedeværelse hos pasienten, **og** tilstedeværelse for å hjelpe pasienten. Måten å relatere på var faglig grunnet “for og hos” den andre der og da. Sykepleieren var orientert mot dialogen og personen med helseproblemer og viste en anerkjennende tilnærming, hvor pasientens opplevelse ble akseptert som reell for henne. Sykepleieren viste kompetanse ved å møte en type utfordringer som ikke var gitt, men ble klarlagt undervegs. Hun viste utforskende ferdighetsutøvelse i den spesielle situasjonen, og var støttende og anerkjennende til personen med problemopplevelsen.

* *Funn viser anvendelse av påvirkningsstrategi med realitetskonfrontasjon, og den var forstått som hjelp for nyorientering gjennom påvirkning av pasientens virkelighetsoppfatning.*

Ovenfor viser jeg et eksempel hvor sykepleieren brukte *kontrasterende* spørremåte for å få pasienten til å rette oppmerksomheten fra operasjonssåret og mot kreften. Andre fremgangsmåter som ble brukt av pleiere i samtaler, var blant annet å *konfrontere* pasienten med realitetene i hans/hennes situasjon. Et eksempel viser dette. En pasient som hadde kreft med spredning hadde øyensynlig ikke innsett hvor syk han var blitt og at han av den grunn ikke kunne være hjemme. Det var søkt om sykehjemsplass for ham. Dette ville ikke pasienten innse eller akseptere;

nå er han så dårlig at han ikke kan være hjemme
og det syns han er så fryktelig da
og kan ikke forstå det riktig da
han greier ikke å forstå hvorfor han ikke kan få være hjemme.

Sykepleierne mente de måtte få pasienten til å forstå dette. Det var en vanskelig oppgave å si det direkte til ham;

det er vanskelig liksom å gå inn i det og - si det til ham.

Fremgangsmåten var å konfrontere pasienten med realiteter i situasjonen;

vi måtte jo gå litt direkte til ham
direkte si at du er jo syk
du vet jo at du har kreft
og det ville han ikke innrømme først at han hadde -

du ser jo at du greier jo ikke å reise deg
du sitter jo her i en stol
- du måtte gå på detaljer sånn
det er ganske fælt å *gjøre* det.

Jeg spurte etter hvordan pasienten reagerte;

nei han ble sint
men no - akkurat no når jeg gikk så gråt han
da var samboeren kommet og da satt han og gråt
- men at vi kunne være så fæl
det var mest det tror jeg
- likevel var det en reaksjon kanskje.

I ettertid følte sykepleieren at de var kommet et stykke videre;

men vi har jo fått det til litt i dag føler jeg
jeg føler det ja
men det var liksom at vi kunne si noe sånn forferdelig til ham
for det er jo ikke sant
- men likevel så tror jeg ...

Pasienten var “på flukt” fra realitetene og ønsket nok å få være hjemme, mente sykepleierne. I sykehuset ba han personellet kjøre seg hit og dit i avdelingen. De trillet ham rundt i rullestol og forsøkte å roe ham ned. Etter kort tid måtte de kjøre ham litt rundt igjen;

så dette fungerer jo ikke hjemme da vet du.

Fortolkning og drøfting.

Mine funn viser at kommunikasjon hvor konfrontasjon med realiteter anvendes som påvirkningsstrategi for å endre virkelighetsoppfatning i tråd med hjelpebehov, og anses som en faglig nødvendig strategi i spesifikke situasjoner. Sykepleierne kommuniserte i den hensikt å påvirke pasienten til å endre oppfatning om egen helsetilstand og akseptere hjelpebehov og berettiget hjelp som og endret pasientens sosiale situasjon. Hvorvidt anvendt påvirkningsstrategi med basis i informasjonsmakt var fruktbar, ble i gruppeintervjuet ikke klarlagt eller underbygget av teori.

Kompetanse innebærer å møte krav og forventninger på måte som verdsettes i samfunnet, og å møte dem fullt og helt (Brezinka 1988). Hvilke forventninger og hvem sine forventninger dreide det seg om å møte i denne spesifikke situasjonen?

Sykepleierne hadde en klar målsetting for sin kommunikasjon; pasienten skulle som følge av samtalene få endret forståelse av sin egen situasjon og akseptere at han i fremtiden skulle bo på sykehjem fordi han ikke hadde god nok helse til å fungere hjemme. Målsettingen var “gitt” som følge av faglige vurderinger. Thornquist (1998) viser til en trestegs diagnosemodell i allmenmedisin, skissert som vurdering av 1) et klinisk problem, 2) et individuelt problem og 3) et kontekstuel problem. Tredelingen er egnet til å gi en dypere og mer omfattende forståelse av pasientens plager og lidelser, hevder Thornquist. Eksemplet ovenfor kan forstås tredelt som et klinisk problem (kreft som gir smerter og nedsatt førlighet), et individuelt problem (uro, sinne, gråt og uttrykk for fortvilelse fordi pasienten ikke kan se frem til å komme hjem, men må til et sykehjem), og et kontekstuel problem (pasienten får ikke bo sammen med sine pårørende, som ikke makter omsorgen for pasienten i fremtiden).

Sykepleierne handlet ut fra sin rolleposisjon overfor en person med en posisjon som ikke var ønsket. En kan diskutere hvorvidt rolleposisjonen gav sykepleierne *legitim* makt overfor pasienten. Oversykepleier har makt over sykepleiere (Dickson o.fl. 1993), men sykepleiere har i prinsippet ikke legitim makt overfor pasienter. Norsk lov om pasientrettigheter tar nettopp utgangspunkt i pasienten og ikke tjenesteyteren som rettighetsinnehaver (Sosial- og helsedepartementet 1998a). Sykepleierne hadde heller *informasjonsmakt* enn legitim makt. Innholdet i budskapet er basis for informasjonsmakt (Dickson o.fl. 1993). Sykepleierne satt inne med informasjon som det var ønskelig at pasienten fikk innsikt i og forståelse av. Pasienten hadde i moralsk forstand krav på undervisning som gjorde ham i

stand til å vurdere sin situasjon på saklig grunnlag. Sykepleierne hadde som mål at pasienten skulle få mer innsikt og forståelse av egne behov og muligheter til offentlig hjelp i situasjonen. Menneskers rett til offentlig hjelp ble lagt til grunn for kommunikasjon med valgte fremgangsmåte.

Sykepleierne så oppgaven som selvfølgelig; den måtte gjennomføres. Men det var en vanskelig oppgave, og det var “ganske fælt å gjøre det”. Sykepleierne mente de hadde kommet et stykke videre i samtale med pasienten denne dagen. De trodde pasienten hadde noe mer innsikt i situasjonen nå. Han satt og gråt da sykepleierne gikk til intervjuet. Fremgangsmåten var å bruke konfrontasjon med realiteter som en vesentlig taktikk; “du ser jo at du greier jo ikke å reise deg”. Litteratur viser til fremgangsmåter hvor frykt brukes i påvirkningen, fremgangsmåter med moralsk appell, fremgangsmåter hvor en viser til belønning ved å bli overbevist, logisk argumentasjon med fullstendige og forståelige budskap og taktikker hvor det appelleres til å ta i mot en tjeneste det er knapphet på (Dickson o.fl. 1993). Logisk, fullstendig og forståelig argumentasjon synes umiddelbart å svare til forventninger i vårt samfunn; jfr. Lov om pasientrettigheter.

Sykepleierne sto midt oppe i en prosess. En kan derfor ikke vite det endelige resultatet av sykepleierens strategi. Det vi kan se er at sykepleierne gikk inn for å gjøre pasienten bevisst på de kliniske sidene ved situasjonen, og brukte konfrontasjon med en annen virkelighetsoppfatning enn pasientens som middel. Konfrontasjon som middel for å heve bevisstheten om noe, er en sterk og risikabel medisin, hevder Bruner (1997: 156). Den er ladet med så mye redsel for konflikt at den nesten krever tvang for å være nyttig, og det er mer sannsynlig at konfrontasjon vekker sinne og bitterhet enn at den virker bevisstgjørende (op.cit.). Pasienten reagerte med sinne. Dessuten førte situasjonen til tap av kontroll, og pasienten måtte tilpasse seg en ny situasjon. En må vise forsiktighet fordi pasienter i slike situasjoner står i fare for å utvikle psykososial lidelse (jfr. kap. 2.3.3.).

Sykepleierne hadde øyensynlig tro på at fremgangsmåten var virksom for bevisstgjøring og nyorientering. De var ikke likegyldige overfor personen. Det var “fælt” å gjøre det de måtte. Pasienten gav uttrykk for sterke følelsesmessige reaksjoner. Han reagerte med sinne og uttrykk for at personellet var fæle som kunne si noe så forferdelig til ham. Han satt og gråt da sykepleieren som fortalte om denne kommunikasjonen gikk til intervjuet. Kommunikasjon for å møte pasientens følelsesmessige reaksjoner ble ikke utdypet i intervjuet. Det eneste som kom frem var at personellet forsøkte å roe ned pasienten og kjøre ham rundt i avdelingen. Det synes som om helserelatert livskvalitet i betydning psykisk velvære ble nedprioritert der og da, til fordel for at pasienten skulle oppnå best mulig livskvalitet på sikt. Kliniske og kontekstuelle problemer overskygget fokus på personlige problemer. Data underbygger ikke at kompetanse i å møte det som forventes fullt og helt, ble vist på dette punkt. Hvorvidt målet ble nådd med den fremgangsmåten som ble brukt er heller ikke kjent. Litteratur peker på behov for mer forskning med hensyn til hva som kan være optimale fremgangsmåter for å påvirke pasienter i spesifikke praksiskontekster (Dickson o.fl. 1993). Mine funn peker og mot dette behovet.

Sykepleierne ønsket å påvirke pasienten til å endre mening i tråd med det som var forventet *fra dem*, og som de mente var til pasientens og familiens beste på sikt. Pasienten var etter personellets vurdering ikke i stand til å dra omsorg for seg selv fordi han var avhengig av smertebehandling og personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Norsk helsetjeneste bygger på et prinsipp om menneskers samfunnsmessige rett til hjelp i slike sammenhenger (Sosial- og helsedepartementet 1998a). Sykepleierne imøtekom følgelig forventninger om å tilrettelegge for at pasienten skulle få et helsetjenestetilbud han hadde samfunnsmessig krav på. Sykepleierne var i en rolleposisjon hvor de satt inne med kunnskap og erfaring som ble lagt til grunn for kommunikasjon med

pasienten. Informasjon var en maktfaktor som ble brukt i den hensikt å møte behov utgått fra pasientens kliniske og kontekstuelle problemer.

** Funn viser at sykepleiere forsto fortelling med åpenhet som fordelaktig for pasientenes bearbeiding av å være i en situasjon med kreft, og at sykepleiere i tilfeldige og/eller planlagte samtaler brukte kommunikasjonsteknikker for veiledning med den hensikt å fremme pasientenes åpenhet.*

Eksemplet ovenfor dreide seg om planlagt målrettet kommunikasjon med en pasient som hadde hatt kreft i flere år. Sykepleierne gjennomførte også planlagte samtaler med pasienter som var i sykehuset da de fikk beskjed om at de hadde kreft. Når pasientene fikk beskjed om kreft, hadde de mange nye inntrykk å bearbeide. Etter samtale med lege som informerte om kreften, kunne pasientene trenge litt tid for seg selv;

jeg føler at de trenger litt tid til å være for seg selv og -
å få tenke igjennom hva de har hørt og.

Det var ikke bestandig informasjonen som ble gitt om kreften ble forstått slik som den var ment. Den måtte gjentas. Pasientene fikk det bedre dersom sykepleierne satte seg ned og samtalte med dem;

det er nettopp det - kor du trur du har lettet dem -
sparer dem for utrolig masse

Hensikten med slike oppfølgingssamtaler var å komme et stykke videre i å hjelpe pasienten med bearbeidingen av nye inntrykk og følelser av usikkerhet og frykt. Det ble lettere å være til og fungere dersom pasientene fikk sette ord på tanker og følelser. En og samme sykepleier fulgte opp og hadde flere samtaler med den enkelte pasient. Dette var planlagte samtaler;

en må på forhånd tenke over hva en gjør når en inviterer til slike samtaler.

Det var en forutsetning at sykepleiere som planla samtaler kjente pasienten godt. En måtte ha tid til rådighet for å være hos pasienten dersom en begynte med slike samtaler. Men det hendte at sykepleierne ble avbrutt og ikke fikk gjennomført samtalen slik de ønsket. Alle sykepleierne så samtaler med nye kreftpasienter om deres situasjon som svært krevende, og det var erfarne sykepleiere som gjennomførte planlagte oppfølgingssamtaler.

Observasjon, hverdagsprat, samtaler om inntrykk og om livet til pasienten. Fremgangsmåter for å få pasientene til å snakke åpent om kreften ble drøftet i intervjuene. For å få forståelse av pasientens perspektiv, observerte sykepleierne pasienten og sykepleierne innhentet informasjon ved å lytte til

det pasientene sa. Det ble snakket om dagligdagse ting og pasientene ble oppfordret til å fortelle om hvordan de opplevde det som var skjedd;

en må jo prøve å få hull på dem liksom da
må prøve å snakke med dem -
prøve å få dem til å fortelle litt selv
det synes jeg er litt greit -
da kommer det ofte.

En måte å få i stand en dialog på, var å få pasientene til å begynne å snakke om seg selv og livet sitt.

Kroppskontakt som kommunikativ uttrykksmåte.

Kroppskontakt var en måte å uttrykke omtanke på. I den senere tiden var sykepleierne blitt mer bevisste på denne uttrykksmåten fortalte sykepleierne i SGR 1;

S 4: bare de får ei hånd på ryggen ikke sant ...
S 3: jeg tror vi har blitt mere *bevisste* på det etter hvert
og jeg bruker det litt mere bevisst den lille tiden jeg har -
uten at du setter deg ned på en stol
S 4: at en gjør det likevel
S 3: ja en trenger ikke vise at en er spesielt engstelig men
når en skal informere dem eller - og så ta i dem *da*
S 1: det skal egentlig lite til - sånn.

I SGR 4 gav de uttrykk for at kroppskontakt kunne åpne for at pasientene begynner å bearbeide følelser;

S 1: du kan merke det liksom
at dem har lyst til å ta litt i deg
og da synes jeg det er greit altså
og på en måte gi åpning til at vi gir hverandre en klem
S 3: ja mm
så kan det være at du gir dem en klem
og så begynner dem å gråte -
kan no være nok til å få en åpning.

Denne type kontakt ble brukt bevisst, men skulle ikke overdrives og brukes overfor pasienter som ikke ønsket slik nærhet. Sykepleierne merket eller "sansen" at pasientene ønsket slik kontakt og gav eksempler på at pasienter gjerne ville holde dem i handa.

To sider ved at pasienter samtaler med sykepleiere de ikke kjenner.

I SGR 4 diskuterte informantene om det kunne være gunstig at det kom inn en ny sykepleier dersom pasienten hadde behov for å fortelle en gang til om det som var skjedd;

S 1: de har behov for å fortelle det hele i fra starten av hvordan dette her begynte og “kolles” det utartet seg og -.

Men sykepleierne var usikre på hvordan pasientene tenkte om å forholde seg til flere sykepleiere i slike tilfeller;

S 2: dess flere vi er der
av og til så tenker jeg litt mere sånn nysgjerrighet ...
hvorfor kommer hun som aldri er her -
men no har hun og fått høre at jeg har fått kreft
så no - og så vil hun se - og kjenne på dette her og sånn.

Dette var en tenkning de andre i gruppen ikke hadde vært inne på tidligere. Gruppen kom frem til at dette understreket betydningen av å være åpen og gå varsomt frem i samtaler med pasientene.

Samtaler med åpenhet om kreft og mestring.

Gode samtaler ble forbundet med åpenhet fra pasientenes side. Noen pasienter snakket åpent om kreften også til sykepleiere de ikke kjente fra før. Et eksempel som illustrerer det siste, er fra en situasjon hvor en sykepleier skulle gi en kvalmestillende tablett til en pasient hun ikke kjente. Sykepleieren visste at pasienten nylig var blitt informert om kreftdiagnosen, og hun mente pasienten av den grunn var i en vanskelig situasjon. Sykepleieren gruet seg litt for å gå inn til pasienten;

møtte hun dama ja -
og hun snakket om kvalmen
og om mat
og mer sånn hvor vanskelig det kanskje kunne bli og
hun var veldig sånn åpen med en gang
så det var lettere for meg da enn jeg trodde - å komme inn der
og ho begynte å - først og fremst dette med maten
hvordan det var for henne heime
og sa hun - så brukte hun aldri å spise frokost i fra morgenen –
hun brukte ikke det

På eget initiativ fortalte pasienten om situasjonen. På bakgrunn av opplysninger som kom frem drøftet de to sammen hva som var de beste løsningene på pasientens problemer. Pasienten fortalte at det var godt tilrettelagt for at hun kunne være mest mulig hjemme. Derfor mente hun det ikke var så vanskelig å få kreft for henne som for mange andre.

Sykepleiere lykkes ikke alltid med å fremme åpenhet.

Noen pasienter var mindre åpne. En i SGR 3 fortalte om et eksempel hvor hun forsøkte “å komme inn på pasienten”, men uten at hun lyktes;

det er kanskje særlig vanskelig når de ikke vil snakke om ting da hun ville ikke snakke om sykdommen - ville ikke snakke om noe nesten stum - og hun ble lam - kunne jo ha satt henne i rullestol og kjørt henne noe sted i stedet for å ligge på rommet i månedsvis men hun gav opp alt og ville ikke snakke om noe det var vanskelig - jeg gikk innpå en gang og spurte om hun ville fortelle litt om livet sitt fra før - fra den tiden hun var frisk men hun ville ikke det heller nei det orket hun ikke - det var ikke noe det - det var veldig vanskelig.

Denne pasienten hadde “gitt opp”, sa sykepleieren. Uten noe å håpe på og se frem til, ble pasienten liggende på sykerommet til hun ble overført til et sykehjem hvor hun døde etter kort tid.

Drøfting.

Samtaler som hjelp til mestring i situasjonen med kreft, ble betraktet som første skritt i retning av at pasienten kunne forstå og finne mening i situasjonen. Tilnærmingen var støttende, og fremgangsmåten var basert på dialog og fortelling som metode for å fremme åpenhet.

Å fremme psykisk velbefinnende og mestring.

Hensikten med samtalene etter at pasienten hadde fått diagnosen var å hjelpe pasientene “et stykke videre” med bearbeiding av inntrykk og følelsesladede reaksjoner. Sykepleierne kunne spare pasientene for “utrolig masse” psykisk påkjenning ved å sette seg ned og samtale med pasientene. Samtaler med karakter av veiledning kan bli en terapeutisk prosess hvor pasienten får hjelp til å hjelpe seg selv (Dickson o.fl. 1993). Intensjonen med veiledningssamtaler er å hjelpe pasienten til å finne ut av et problem og oppdage måter å håndtere det på (op.cit.).

Samtaler med pasienter om deres opplevelser av frykt og tap av kontroll fordi de har fått kreft, kan være til hjelp for å finne mening og alternative måter å forholde seg på (Benner og Wrubel 1989, Travelbee 1971, Faulkner og Maguire 1998). Å finne mening kan bety at pasienten ut fra sitt ståsted

aksepterer situasjonen og finner hensiktsmessige måter å opptre på (Benner og Wrubel 1989). I veiledning har spørsmålet om hva som skal mestres sammenheng med pasientens tidligere erfaringer med sykdom og historisk forståelse av seg selv (op.cit.). Livskvalitet kan fremmes gjennom individuelle måter å mestre situasjonen på; måter som er “riktige” for den enkelte. Samtalene kan redusere sannsynligheten for utvikling av psykososial lidelse som man vet oppstår hos 15-25% av de som får en kreftdiagnose (Faulkner og Maguire 1998).

Pasientmaterialet underbygger behov for veiledningssamtaler.

Materialet viser at oppfølgingssamtaler i sykehuset ble sett som hjelp til å begynne bearbeiding og omstilling på best mulig måte. Oppfølging over tid var sjelden mulig fordi pasientene ble utskrevet etter kort tid. Avslutningsfaser i veiledningsprosesser ble ikke nevnt. I en avdeling forgikk oppfølging med gruppesamtaler etter utskrivning. Materialet viser og at tilfeldige samtaler hadde karakter av veiledning. En pasient som snakket åpent med en sykepleier hun ikke kjente, fikk hjelp med å finne ut hvordan hun skulle forholde seg i den nye situasjonen, med hensyn til best mulig mestring av problemer i hverdagen. “Hun brukte ikke å spise om morgenen heime”. Hvordan skulle hun forholde seg når hun var plaget av kvalme og dårlig matlyst i den tida på morgenen da frokosten ble servert? Sykepleierens kommunikasjon hadde karakter av praktisk/instrumentell støtte. Pasienten forsøkte å mestre situasjonen best mulig ved å finne praktiske løsninger på sine problemer. Evne til mestring kan ha sammenheng både med personlige egenskaper og god sosial støtte samt tilrettelegging for pasienten i heimen. I en tidligere studie av mestring etter operasjon for kreft, var det mest interessante funnet relasjonen mellom opplevelse av sammenheng i tilværelsen (sense of coherence) og opplevelse av velvære (Forsberg 1996). Dersom tilstanden med kreft ikke truer den sedvanlige tilknytningen til heimen, kan pasienten opprettholde følelsen av sammenheng i tilværelsen.

Fokus mot personen, dialogen og prosessen.

Til forskjell fra samtaler med nye pasienter hvor intensjonen var å bli litt kjent og samle informasjon, hadde oppfølgingssamtalene karakter av dialog med vekt på pasienten som forteller. Det var et mål i seg selv at pasienten skulle begynne å sette ord på tanker og følelser. Teori underbygger at dette er av betydning i veiledning. For at pasienten selv skal utforske og håndtere problemer, behøves det at han/hun selv setter ord på sin forståelse, og det er til en hver tid pasientens “sted” i prosessen som dirigerer retning og fremdrift (Benner og Wrubel 1989, Dickson o.fl. 1993). Tid og ro var en forutsetning for å invitere til slike planlagte samtaler. Pasientens åpenhet og bevegelse fremover i prosessen skulle være førende for samtalsfokus og utstrekning. Samtalene krevde full oppmerksomhet mot personen og det som skjedde. Forstyrrelser utenfra ville virke avledende på oppmerksomheten.

Sykepleierne var opptatt av måter å begynne prosessen på; “å få hull på dem liksom”. En måte å komme i gang på, var å be pasienten fortelle litt selv om inntrykk og reaksjoner, eller å be pasienten fortelle om livet sitt. Sykepleierne appellerte til å fortelle, og ikke til redegjøring og utveksling av fakta. De brukte fortelling som klinisk metode. Sykepleiere har fra slutten av 1970-tallet sett verdien av pasientens livshistorie som bakgrunn for forståelse av personen i situasjonen i et fenomenologisk perspektiv. Leininger (1991) var en av pionerene, og hun beskrev dette som et viktig punkt i sykepleiens utvikling.

Til forskjell fra informasjon som gir forklaring, gir fortellingen mening. I epistemologisk forstand er dette den vesentligste forskjellen på informasjonsformidling som er beskrevet tidligere i kapitlet, og veiledning som dialog med fortelleren. Gjennom fortellingen settes det *ord* på *mening*, den kodes og “settes på begrep”. Bruner (1990, 1997) hevder *informasjon* som formidles innbefatter budskap som alt er kodet i et kognitivt system, mens *mening* anvises eller *trer frem* når budskapet blir fortalt. Gjennom fortelling som skjer i dialog med sykepleieren konstruerer pasienten mening som en utvidet

forståelse av sin virkelighet. Sykepleierne brukte en narrativ tilnærming, fordi de hadde erfaring med den som en måte å komme i dialog på. De var av den oppfatning at pasientene hadde “behov for å fortelle sin historie fra starten av”, men gav ikke uttrykk for å være klar over at de dermed brukte en fremgangsmåte som gikk ut over det å komme i dialog. Sannsynligvis var metoden fruktbar for pasientens konstruksjon av mening i en uventet situasjon med kreft.

Innlevelse og uttrykk for omtanke.

Sykepleierne uttrykte ønske om å kunne vise empati og respekt for pasientene. Veilederen må lytte, vise empati og gi uttrykk for å “se verden gjennom pasientens briller” (Dickson o.fl. 1993). Atferdskomponenter for empatisering beskrives som god øyekontakt, nærhet og kroppsholdning mot pasienten, å bruke berøring når det passer og å vise interesse gjennom ansiktsuttrykk og speiling av pasientens følelser (op.cit.). Materialet viser eksempler på at gode sosiale ferdigheter er avgjørende for å lykkes i klinisk veiledning.

Sykepleierne innhentet informasjon om pasientenes reaksjoner på den situasjonen de var i, gjennom det de observerte og fra det som ble uttrykt med ord. Det er viktig for en veileder å beherske aktiv lytting og kunne vise ekte interesse (Dickson o.fl. 1993). Å lytte er ikke bare å ta inn hva noen sier, men omfatter fortolkning, forståelse og tilbakemelding om denne forståelsen til den som taler (Dickson o.fl. 1993, Hargie o.fl. 1999, Fredriksson 1999). Stillhet er viktig i betydningen “å lukke munnen og høre”, men ikke minst for å engasjere seg og “lytte med sinnet og tre inn i den andres verden” (Fredriksson 1999).

Sykepleierne satte seg ikke alltid ned dersom de hadde kortere samtaler med pasientene. En måte å gi åpning for følelser og bearbeiding av inntrykk, var å bruke passende kroppskontakt som uttrykk for omtanke. Med berøring kan sykepleieren kommunisere omsorgsfølelser og akseptering (Fredriksson

1999). Omsorgsfull berøring er en form for non-verbal kommunikasjon benevnt som positiv affektiv berøring (op.cit.). Sykepleierne merket om pasientene ønsket slik berøring, og brukte denne kommunikasjonsmåten med varsomhet.

Varhet og ekte interesse for å hjelpe.

I fokusgruppeintervjuene ble det diskutert om sykepleiere som pasienten ikke kjente, burde komme inn i bildet like etter at pasienten fikk vite diagnosen. Pasientene kunne oppfatte nye pleiere som nysgjerrige, mente en pleier. Det var en ny tanke for noen andre sykepleiere. Muligheten for å bli misforstått understreket behovet for å vise varhet i møte med pasienter. I pasientmaterialet finnes et eksempel på en pasient som var inne på tanken om at sykepleiere stilte spørsmål for sin egen nysgjerrighets skyld. Diskusjonen blant sykepleierne viser ikke at sykepleiere var nysgjerrige, men derimot at de oftest ikke var oppmerksomme på muligheten for å bli oppfattet som det.

Sykepleierne hadde som mål å fremme psykisk helse og hjelpe pasienter som fikk kreftdiagnoser til nyorientering og mestring av situasjonen. Men det var likevel ikke alltid at sykepleierne lyktes. Pasientens håp var mest avgjørende for om de lyktes. Sykepleierne kom ingen veg med sin veiledning dersom pasienten gav opp. Det er pekt på sammenhenger mellom håp, helse og overlevelse (jfr. kap. 2.3.3). Her står en overfor et problemområde hvor det er behov for mer kunnskap.

** Å støtte opp om den enkelte pasients sosiale og følelsemessige tilknytning til pårørende.*

Relasjonen mellom pasient og pårørende var viktig for pasientene. Åpenheten i forholdet varierte, og sykepleierne respekterte pasientene uansett om de var åpne overfor pårørende eller ikke. Det hendte at pasienter ikke ville at pårørende skulle få kjennskap til kreftdiagnosen. Grunnen var at pasienten ville skåne familien. I SGR 3 ble et slikt tilfelle diskutert. Jeg spurte om det var riktig å skåne pårørende, og fikk følgende svar:

S4: næhh - hun kunne jo dø for oss også da -

det ville bli et sjokk for dem hvis hun plutselig døde og de ikke har skjønnet det

INT: hva er rett å gjøre en slik gang

S1: pasienten ville vel at det skulle være hemmelig.

S4: ja men er det for at hun ikke forstår det selv eller - hun mener jo at det skal være det beste for de pårørende -

men skjønner hun at det er det

S3: nei de må jo bli informert

S4: ja de var jo informert - det var jo samtale med lege og sykepleier - og med pårørende da ...

S1: det er klart det er ikke alle som har like lett for å snakke om det heller

3 S4: nei det er ikke det

det er ikke alle som snakker like lett ellers heller da

S1: nei - og da er det kanskje unaturlig for dem også -

men jeg vet ikke - hva som er det beste da det -

S4: men det er jo noe jeg har tenkt svært mye på i ettertid - at det var så vanskelig akkurat det tilfellet ja.

Det var først og fremst pårørende som skulle vise at de sto pasientene nær, mente sykepleierne. Det forekom at pårørende ikke våget å berøre sengeliggende pasienter. Da kunne sykepleierne vise pårørende hvordan de berørte pasientene. På den måten kunne sykepleierne være til hjelp for å få pårørende til å vise nærhet. Da var det viktig å passe på at sykepleierne ikke ble oppfattet som en konkurrent ved å ha så god kontakt med pasienten at pårørende følte seg utenfor.

Drøfting.

Mine data tyder på at sykepleierne forsøkte å yte omsorg på slik måte at de tok høyde for væremåten hos pårørende som virket tilbakeholdne. Sykepleierne demonstrerte hvordan de kunne gi pasienter nærhet og samtidig støtte opp om nærhetsforholdet mellom pasient og pårørende. Fredriksson (1999) fant at sykepleiere har relasjoner til pasienter av typen "å være hos" eller av typen "å være for" den andre. Mitt materiale viser at sykepleierne ønsket å være mer for enn hos pasienten, mens pårørende var de naturlige nære *hos* pasienten.

Dataene antyder at etiske dilemmaer er forbundet med å bli berørt av forholdet mellom pasienter og pårørende, spesielt når pasienter vil skåne sine nærmeste. Sykepleiere står overfor dilemmaer når pasienter vil beskytte sine kjære og holde kreften skjult for dem. Sykepleierne forsøkte å forstå pasienter som

gjorde slike valg. I slike vanskelige sammenhenger var samtaler hvor lege og sykepleier var til stede sammen med både pasient og pårørende en måte å forholde seg til problemet på.

I sykepleie står en ikke alltid overfor klare og tydelige utfordringer og spesifikke situasjoner hvor fakta kan forklares og kunnskap generaliseres. I mange situasjoner synes det som om faggruppens verdier og forventninger gir grunner for sykepleiernes formening om hva som er god sykepleie, og hva den skal føre til. I andre situasjoner finner ikke sykepleierne det "rette" svaret på hva som er uttrykk for faglig dyktighet;

S1: men jeg vet ikke - hva som er det beste da det -

S4: men det er jo noe jeg har tenkt svært mye på i ettertid -
at det var så vanskelig akkurat det tilfellet ja.

* *Gode samtaler som ledd i prosessen med å finne mening og mestre var samtaler hvor pasienter gav uttrykk for hvordan de hadde det her og nå.*

Gode samtaler kunne oppstå spontant, uten å være planlagt. Planlegging var ikke alltid mulig. En sykepleier fortalte at hun ofte tenkte "hva er det jeg går inn i nå?" i det hun spontant begynte å samtale med kreftpasienter om deres situasjon. Men ofte ble tilfeldige samtaler opplevd som gode samtaler. En sykepleier fortalte om en samtale hun hadde "på overtid" etter en kveldsvakt;

S2: jeg har et eksempel for det er så ferskt
og det var selvsagt på overtid
men det var en venflon som la seg i vegg hele tiden
og så var det en gammel kar
han glemte jo hele tiden det da når jeg gikk ut fra rommet
å holde hånden slik som jeg hadde instruert ham
jeg fant ut at jeg sparte mer tid på å sitte hos han og holde ham i hånden
og klokken var ti så jeg kunne godt sitte til kvart over ti så vi fikk inn dette
her
og da satt jeg og pludret med ham på sengekanten
og han hadde jo vært en sånn som spøkte og lo hele tiden
og så -
og alle de andre i rommet hadde jo tatt ham for å være en sånn spøkefugl som
aldri snakket alvor
så plutselig mens jeg sitter der - -
så ser jeg at øynene slutter å flire
de blir veldig alvorlige
så begynner han å snakke om hvordan han egentlig har det -

og da hadde jeg sikker sittet i fem minutter
og så sitter jeg fortsatt og holder ham i hånden og
og da forteller han hvor trist han hadde det hjemme og hvor lite han syntes
han klarte og - og hvor trist det var og -
kona hadde dødd og -
alle disse tankene som han hadde
som han ikke klarte å formidle til de andre på rommet selvsagt
for de var ikke - de hadde mere enn nok med seg selv -
og så var nå til slutt dette her gått inn
og da *takket* han for *samtalen* -
vet du jeg følte meg som *den røveren* -
at folk virkelig må takke oss for å få *snakke* med oss -
om det som ligger for -
S4: ja det var det to karer som gjorde til meg og
S2: Vet du jeg synes det er tragisk jeg
og det er jo ikke det at du skal ha følelsen av at du arbeider på sykehjem
men du skal ha følelsen av at du arbeider med *mennesker* ...
INT: Du sier at du følte deg som en røver?
S2: jah - fordi at jeg synes det at jeg har
da har jeg frarøvet ham *så* mange sjanser til å snakke om akkurat dette
jeg har vært *innom*
han har hatt enerom og
men jeg har bare vært inn og ut igjen.

Fortolkning og drøfting.

Sykepleieren begynte med å gi en orientering om bakgrunnen for at kommunikasjonssituasjonen fant sted. En pasient lå og fikk intravenøs infusjon gjennom en venflon (kanyle) til en blodåre på en hånd. Åpningen til kanylen la seg inn mot åreveggen dersom pasienten ikke holdt hånden slik sykepleieren hadde instruert pasienten om å gjøre. Pasienten husket ikke på å holde hånden som foreskrevet, og av den grunn rant ikke infusjonen inn i åren.

Handlingen hadde et praktisk siktemål. Hensikten med å sette seg og holde pasientens hånd (i en bestemt posisjon) var å få infusjonen til å renne inn i blodåren. Derved fikk hun utført den praktiske oppgaven som var en del av jobben. Sykepleieren som er sitert hadde ingen andre forpliktelser overfor arbeidsgiver eller medarbeidere nå etter endt arbeidstid. Hun la fravær av slike forpliktelser til grunn for at hun "godt" kunne sitte hos pasienten i ett kvarter.

Hvorvidt handlingen var ment som hjelp for sykepleieren, pasienten eller begge, kom ikke frem.

Sykepleieren gav videre en karakteristikk av pasienten. Det var en eldre mann som “spøkte og lo og aldri snakket alvor”. Men det var ikke humøret til pasienten sykepleieren beskrev. Hun beskrev ham derimot som en som *brukte* mye humor. Bak denne “humorfasaden” skjulte han sin opplevelse av å ha det trist. Og etter fem minutter kommuniserte pasienten om det som lå på et dypere plan, bak den humoristiske kommunikasjonsformen. De første signalene var non-verbale; “øynene sluttet å flire og de ble veldig alvorlige”. Så begynte pasienten å fortelle om hvordan han egentlig hadde det.

Sykepleieren satt fortsatt og holdt ham i hånden. Ovenfor har jeg pekt på berøring som en måte å kommunisere omsorg på. I noen sammenhenger ble berøring brukt bevisst for å få pasienter til å fortelle om sine opplevelser. Det synes som om berøringen hadde slik effekt, også når dette ikke var intensjonen. Hverdagsprat ble “pludret”, og var kanskje en faktor som medvirket til at de to fant en så vidt lett og trygg tone at pasienten åpnet opp for sine tanker og følelser.

Pasienten fortalte om en hendelse som forbindes med tap og sorg; “kona hadde dødd”. Han hadde det trist hjemme. Han var og inne på et tema som viser til egen selvoppfatning; “hvor lite han syntes han klarte”. I løpet av samtalen ble det ikke utdypet hva pasienten mestret mer eller mindre godt eller hvilke ressurser til bedre mestring som kunne benyttes. Sykepleieren tok ikke samtalen som tegn på at pasienten trengte eller forventet flere samtaler med klargjøring av problemer og hjelp til selvhjelp.

Så var den intravenøse infusjonen runnet inn i åren. Det var i seg selv et signal om at samtalen var over, og/eller sykepleieren kommuniserte signaler om avslutning på samtalen. Pasienten oppfattet i alle fall samtalen som avsluttende, og takket for den. Han brukte kulturens kode for å kommunisere

at han satte pris på noe han “fikk”, og som sannsynligvis var mer enn/eller ut over det han forventet. Flere sykepleiere hadde hatt lignende opplevelser hvor pasienter takket for samtaler.

Dette var en hendelse sykepleieren reagerte på; hun følte seg som en “røver”. Hun tenkte på konsekvensen hennes handlemåte til daglig hadde hatt for pasienten; “da har jeg frarøvet ham så mange sjanser til å snakke”. Erkjennelse av handlemåtenes konsekvens hadde sammenheng med faglige holdninger til arbeid med mennesker. Sykepleieren hadde vært inne på rommet hvor pasienten lå, og vært “inn og ut igjen”. Oppgaver av praktisk art synes å ha vært prioritert. Men selv om praktiske oppgaver opptok mye av sykepleierens tid, konkluderte hun på denne måten: I arbeid med mennesker skal en ikke frarøve dem muligheten til å sette ord på tanker og følelser, men gi dem *mulighet* til samtaler med sykepleiere om “det som ligger for”.

Oppsummerende drøfting.

Velvære hos pasienten her og nå i sykehuset var et mål. Informasjon/undervisning, psykososial støtte og praktisk planlegging og tilrettelegging for å møte pasientens behov for hjelp i hverdagen, var tema jeg fant at sykepleiere var opptatt av. I alminnelighet gav ikke sykepleierne muligheter for pasientfortellinger; men pasienters beretninger opptrer i blant som tilfeldigheter. I tilfeller hvor sykepleierne mente pasientene hadde behov for det, planla de samtaler hvor pasienter kunne sette ord på hvordan situasjonen ble opplevet her og nå. Å sette ord på tanker og følelser lettet pasientene for psykisk påkjenning. Samtaler om pasienters opplevelser kan være skritt i prosessen for å finne mening, og sykepleierne synes å handle ut fra “taus kunnskap” om det. Det synes som hjelpeprosessen hadde dette stadiet som endemål. Det ble ikke vist til oppfølging av “nøkkelinformasjon” som kom frem fra det pasienter fortalte.

Hargie o.fl. (1999) beskriver veiledning som en prosess hvor utforsking av problemet sikter mot full forståelse som grunnlag for å utvikle en ny ramme med muligheter for handling i tråd med en ny orientering. Når dette grunnlaget er lagt dreier veiledningen seg om normalisering av klientens/ pasientens følelsesmessige tilstand, og å støtte pasienten i å nå sine mål (op.cit.). Faglig veiledning er beskrevet med faser for før, under og etterveiledning. I etterveiledning skjer læring gjennom refleksjon over handling (Lauvås og Handal 1990, Bjerknes og Bjørk 1994). Har pasienter tilsvarende behov for å lære av å reflektere over egne fortellinger? Jeg savner materiale som viser eksempler på at pasienter gjennom veiledning lærer og velger mer hensiktsmessig sorgarbeid enn de gir uttrykk for, og eksempler hvor pasienters selvforståelse og måter å uttrykke egen "skrøpelig" eller hjelpeløshet på blir fulgt opp i kliniske veiledningssamtaler.

Med unntak av ett tilfelle hvor pasienten selv la opp til det, fant jeg ikke hjelp direkte innrettet mot å komme frem til gode fremtidige mestringsstrategier og handlemåter som mål for kommunikasjonen. Slik hjelp til selvhjelp har helse/livskvalitet i *tiden som kommer* som mål (Dickson o.fl. 1993). At slike funn ikke fremtrer, leder til en antagelse om at det her er behov for mer opplæring og øving i å veilede kreftpasienter.

Pasientmaterialet har vist at det hender pasienter ber om samtaler som hjelp fordi situasjonen med kreft oppleves psykisk belastende og hemmer opplevelsen av å fungere og mestre livet. Det forekommer opplevelser av å bli avvist og opplevelser av å bli veiledet og møtt med "bare klokskap". Men generelt synes ikke pasienter å forvente at sykepleiere skal bistå dem som terapeutiske veiledere. Offentlige dokumenter som omhandler sykepleietjenesten til blant annet kreftpasienter, gir derimot indikasjoner på at hjelp til selvhjelp er forventet (Sosial og helsedepartementet 1997b, 1998a,b).

Ideelle og reelle samtaletema.

Pasienter og sykepleiere besvarte spørsmål om hvor mye de ideelt sett ønsket og hvor mye de reelt erfarte å samtale om tema knyttet til situasjonen i sykehuset.

Forventninger og vurderinger av erfaringer som kommer til uttrykk i svarene er ikke eksakte størrelser. Forskjeller som trer frem, er uttrykk for generelle oppfatninger hos de to partene. Resultater er vist i tabell 8 og tabell 9.

Tabell 8. *Pasienters ønsker og erfaringer av mengde kommunikasjon.*

TEMA \ mengde	ØNSKER					ERFARINGER				
	svært lite	ganske lite	noe	ganske mye	svært mye	svært lite	ganske lite	noe	ganske mye	svært mye
Om det hverdagslige	1		13	4	2		4	10	5	1
Om det praktiske		2	4	8	6	3	2	9	5	1
Om det pas bør vite		1	6	8	5	2	5	5	6	2
Hva pas bør gjøre	1	3	7	7	2	1	3	9	6	1
Direkte om sykdom		3	7	7	3	3	3	8	5	1
Indirekte om sykdom	3	6	7	4		5	3	8	3	1
Om hjemmesituasjon		4	7	7	2	2	8	7	1	2
Om følelsene	1	5	13	1		7	3	7	2	1
Om fremtiden	1	4	9	3	3	8	4	5	3	

N = 20

Tabell 9. *Sykepleiernes ønsker og erfaringer av mengde kommunikasjon.*

TEMA \ mengde	ØNSKER					ERFARINGER				
	svært lite	ganske lite	noe	ganske mye	svært mye	svært lite	ganske lite	noe	ganske mye	svært mye
Om det hverdagslige		4	14	5			4	12	6	1
Om det praktiske			1	12	9			4	11	8
Om det pas bør vite		2	8	13			1	7	12	3
Hva pas bør gjøre		1	8	10	4		1	10	11	1
Direkte om sykdom			5	16	2		1	7	11	4
Indirekte om sykdom	1	6	11	5		1	7	7	5	1
Om hjemmesituasjon			1	11	11			6	10	7
Om følelsene			4	15	4		2	10	10	1
Om fremtiden			7	9	6		2	12	6	3

N = 23

Resultater.

Pasientene var generelt tilfredse med kommunikasjonen med sykepleierne. Deres generelle oppfatninger gjenspeiler seg i svarene vist i tabell 9. En finner ikke store forskjeller mellom deres ønsker og deres erfaringer med omfanget av kommunikasjon. Flertallet av pasientene ønsket å samtale noe til ganske mye om alle temaene, og noe mer om det praktiske og det pasientene burde vite enn om andre tema. Pasientenes erfaringer av mengde kommunikasjon viser at det ble samtalt noe mindre enn ønsket om det pasienter burde vite, og om hjemmesituasjonen, følelsene og fremtiden.

Tabell 9 viser at sykepleiere flest ønsket og erfarte å samtale noe til ganske mye om alle temaene. Svarene på tre spørsmål skilte seg ut med hensyn til ønsker om svært mye samtaler om disse temaene. Ni sykepleiere ønsket å samtale svært mye om det praktiske, elleve ønsket å samtale svært mye om hjemmesituasjonen til pasientene og seks ønsket å samtale mye om fremtiden. Reelt erfarte de omtrent så mye samtale om det praktiske som ønsket, og noe mindre samtale om hjemmesituasjonen og fremtiden enn ønsket.

Det er rimelig å forvente at partene ønsker og erfarer mye kommunikasjon om det praktiske som skjer i sykehuset. Intervjumaterialet har vist at praktisk hjelp og instrumentell støtte oftest ble positivt opplevd av pasientene. Pasientene oppfattet sykepleierne som travle, og tabell 8 viser at de erfarte noe mindre kommunikasjon om det praktiske enn ønsket. Ett ønske som kom frem i det kvalitative materialet, var knyttet til behov for mer ro, hvile og skjermet tid for seg selv enn det pasientene opplevde. Det var behov for mer åpen kommunikasjon om disse problemene.

Sykepleierne var opptatt av at de måtte prioritere noen oppgaver foran andre. I tiden de hadde til rådighet ble smertebehandling og hjelp til de pasientene som

var dårligst i medisinsk forstand prioritert. Til tross for prioriteringene, viser tabell 9 at sykepleierne erfarte ganske mye til svært mye kommunikasjonen om det praktiske. Ut fra hva de ønsket, er inntrykket at de generelt var tilfredse med mengde kommunikasjon om praktiske forhold.

Pasientsvarene peker på at det forekom noe mindre informering enn ønsket. Materialet fra intervjuer med pasienter peker på behov for mer informering om undersøkelser, behandling og sykepleietiltak. Det viser behov for gode rutiner og systematisering av fortløpende informering. Tid til rådighet og kompetanse hos sykepleierne var faktorer pasientene så som avgjørende. Sykepleiere så tid og rutiner som avgjørende for god kvalitet i informeringen. De så informasjon om detaljer som avgjørende for at pasientene skulle få god nytte av informasjonen før undersøkelser/behandlinger. Samlet viser resultatene behov for gode rutiner for informering og for mer grundig informering.

Tabell 8 viser at de fleste pasienter ønsket noe til ganske mye kommunikasjon om hjemmesituasjonen, og erfarte at det ble samtalt ganske lite til noe om den. En kan se svarene i sammenheng med flere forhold. Sykepleierne ønsket at de var blitt mere kjent med pasientene som personer enn de oftest ble. I realiteten hadde de fokus mer mot pasientenes behov i sykehuset. Hjemmesituasjonen var særlig fokusert i tilfeller hvor pasienten etter utskrivning hadde behov for hjelp eller tilrettelegging for å ivareta egne behov i dagliglivet.

Tabell 8 og tabell 9 viser noen forskjeller mellom pasientsvar og sykepleiersvar, særlig med hensyn til at sykepleiere ønsket og erfarte mer kommunikasjon om fremtiden, følelsene og hjemmesituasjonen enn pasientene. Pasientene som ble intervjuet var ingen ensartet gruppe med hensyn til prognoser, sykdomstilstander og fysisk helse, eller hvor lenge det var siden de fikk kreft. Uensartethet gjenspeiles i varierte ønsker om samtaler om hjemmesituasjonen. For noen pasienter var situasjonen slik at de fungerte

som normalt i hjem og arbeid, og for andre var situasjonen slik at de måtte flytte fra heimen til pleieinstitusjon. Sykepleierne ønsket og erfarte mer kommunikasjon om hjemmesituasjonen enn pasienter flest gjorde. De oppfordret pasienter til å samtale om sitt liv. Sykepleiere samtalte med pasienter om dette temaet for å samle informasjon og kartlegge hvorvidt det var behov for helsetjenester etter utskrivning fra sykehuset. Det kan være grunnen til at de erfarte mer kommunikasjon om temaet enn pasienter flest.

Resultatene viser at de fleste pasienter ønsket ganske lite til noe kommunikasjon om følelser og om fremtiden, og at syv til åtte av de tjue pasientene opplevde svært lite kommunikasjon om disse temaene. Intervjuene har og vist at de fleste pasientene ikke ønsket mye kommunikasjon om følelser. De beskrev varierende opplevelser av usikkerhet og frykt for fremtiden. Selv om ønskene ikke er store, ønsket de noe mer kommunikasjon om følelser og om fremtiden enn de erfarte. Her kan det foreligge behov for klinisk veiledning som ikke er klarlagt eller imøtekommet.

Sykepleiere så det som viktig å fremme åpenhet om følelser. De ønsket å samtale noe til svært mye om følelser, og de fleste erfarte noe til ganske mye kommunikasjon om følelsene. Her sammenfaller ikke resultatene for pasientene og sykepleierne. En grunn til det kan være at sykepleiere i noen sammenhenger samtalte "om følelser" uten å si dette direkte til pasientene. For å få pasienter til å sette ord på følelser, oppfordret de dem til å fortelle om sine opplevelser i situasjonen og å fortelle om livet sitt. Det oppfattet sannsynligvis ikke pasientene som kommunikasjon om følelser.

Jeg finner forskjeller mellom pasientenes og sykepleiernes erfaringer av mengde kommunikasjon om fremtiden. Over halvdel av pasientene erfarte svært lite til ganske lite kommunikasjon om fremtiden. Det faller sammen med svar fra to sykepleiere. Øvrige sykepleiere kommuniserte noe til svært mye med pasienter om fremtiden. At partene har så vidt forskjellige erfaringer, kan

ha årsak i at de legger forskjellig betydning i “samtaler om fremtiden”.

Intervjumaterialet viser kvalitative forskjeller i hva pasienter og sykepleiere mener med “samtaler om fremtiden”, og forskjellene gjenspeiles i svarene om mengde kommunikasjon.

Intervjuer med sykepleierne viste at de ønsket å stimulere til håp. Håp er fremtidsrettet. De gjentok informasjon fra leger og informerte om planlagte opplegg ut fra ønske om å stimulere håp for fremtiden. De samtalte og med pasienter om å nå enkeltstående og kortsiktige mål. Sykepleierne samtalte om fremtiden ved å undersøke og vurdere pasientenes eventuelle fremtidige pleiebehov. Det forekom samtaler som dreide seg om hvordan pasienten best kunne hjelpe seg selv og løse sine problemer i fremtiden, men slike samtaler ble ikke beskrevet som planlagte og alminnelig forekommende. Pasientene ønsker mer kommunikasjon om fakta og om fremtiden. I intervjuer med pasientene kom det frem at noen pasienter ønsket samtaler om måter å tenke og fungere på i fremtiden, uten at de fikk tilbud om slike samtaler. En måte å imøtekomme ønsker om hjelp til selvhjelp på, er å tilby klinisk veiledning. I dette materialet finner jeg ikke tegn på at fullstendig veiledning ble gjennomført.

Konklusjon.

Pasientenes forventninger til samtaler med sykepleiere sammenfaller i stor grad med sykepleierens forventninger. Kommunikasjonsforholdet hadde betydning for pasientenes opplevelse av helserelatert livskvalitet, og ble overveiende positivt beskrevet.

Sykepleierne ønsket å bli litt kjent med pasientene som ulike personer med forskjellig bakgrunn. Ble de kjent med dem, var det lettere å oppnå åpenhet og unngå faren for å betrakte pasientene som kasus. Sykepleierne gav til kjenne interesse for pasientene, og pasientene mente sykepleierne viste dem oppmerksomhet. Sosialt bekreftende støtte var overveiende positivt opplevd.

Hjelp til lindring av smerter og andre kroppslige plager var verdsatt av pasientene, og dette var hjelpetiltak sykepleierne prioriterte. Smertebehandling har betydning for opplevelse av velvære, men og for å være i kroppslig aktivitet, avpasset til pasientens behov for ro og hvile. Mer ro og skjerming etterspørres.

Særlig i den første tiden etter at pasienten har fått kreft, synes mestring av følelser og kognitiv kontroll i situasjonene å være utfordringer for pasientene. Pasienter flest ønsket ikke mye samtale om følelsene, men noen hadde behov for veiledning som hjelp med følelsene. Begge parter mente tilstrekkelig og grundig informasjon var hjelp for å fremme mestring, men pasientene etterspurte mer informativ støtte og bedre kvalitet i informasjonsformidlingen. Informasjonsutveksling og veiledning fremtrer som områder hvor kvalitet i samspill er avgjørende for pasientenes erfaringer, men og som områder hvor det er behov for forbedringer.

Forventninger er vesentlige for pasienters tilfredshet med helsetjenester (Linder-Pelz 1982). Pasienter oppfattet sykepleiere som travle. Det medførte sannsynligvis forventninger om at travle pleiere ikke kunne sette av mye tid til samtaler. Ideelt sett ønsket pasientene mer kommunikasjon med sykepleierne enn de erfarte.

4.5 Fagkultur, kompetanse og læring

Læring og tilegnelse av kompetanse, som forutsetning for utøvelse av sykepleiens funksjon i vid forstand, skjer gjennom grunnutdanning og videreutvikling i praksissituasjoner i sykepleie, og eventuelt gjennom etter- og videreutdanning. Læreprosessen omfatter blant annet utviklingen av kommunikasjonskompetanse. Jeg har valgt å fokusere på sykepleiernes oppfatninger om læring og utvikling av profesjonell kommunikasjonskompetanse løpet av i grunnutdanningen og i daglig arbeid i sykehuset.

Dickson o.fl. (1993) fremhever læring av ferdigheter i kommunikasjon (jfr. kapittel 2.4.4). Med spesifikt fokus på ferdigheter, rettes oppmerksomheten mot kompetent atferd og muligheter for utvikling og høying av den enkeltes kommunikasjonskompetanse. I hvilken grad lærer sykepleierne slike ferdigheter i løpet av utdanningen og siden i sitt daglige arbeid? Hvordan er situasjonen i sykehuset for å utvikle seg videre?

Faktorer ved miljøet og ved arbeidssituasjonen kan skape vilkår og begrensninger for god kommunikasjon. Hvordan var den institusjonelle tilretteleggingen for læring og faglig kommunikasjon i følge sykepleierne? I intervjuer med sykepleierne ble faktorer ved arbeidssituasjonen identifisert.

Faglige fellesskap utvikler felles kunnskap, tenke- og handlemåter (jfr. kapittel 2.5). Mitt fokus på fagkultur rettes mot fagkulturelt forankra oppfatninger om kommunikasjon med kreftpasienter og den betydning slikt samspill har i den samlede virksomheten, samt mot den betydning pleiefellesskapet har for den enkeltes opplevelse av mestring og utvikling av kommunikasjonskompetanse.

Data som underbygger funn blir beskrevet og drøftet i punkt 4.5.1. Resultatene sammenfattes i punkt 4.5.2.

4.5.1 Læring, samarbeid og arbeidsopplegg

Punktet innledes med sykepleiernes syn på læring om kommunikasjon i sykepleierutdanningen. Deretter fokuseres pleiernes oppfatninger om videreutvikling av kompetanse som en del av det daglige arbeidet. Neste tema er pleiefellesskapet som ressurs for læring og mestring av utfordringer i praksis. Deretter er institusjonell tilrettelegging for videreutvikling tema, og sist i dette punktet fokuseres sykepleiernes syn på arbeidsprogrammets betydning for god kommunikasjon.

- ***Kunnskap fra utdanningen betraktet som idealer og “taus teorikunnskap”.***

Sykepleiere med mer enn fem års erfaring som sykepleier, husket i utgangspunktet ikke hva de hadde lært om kommunikasjon i grunnutdanningen. Likevel mente de at de anvendte teori i sin praksis;

- S 2: det er så lenge siden
husker ikke hva jeg lærte en gang (ler)
en bruker sikkert teori - men -
- S 4: tror en bruker teori men bruker den mye ubevisst
- S 1: ja - tenker ikke på at nå bruker en teorien sånn
- INT: men bruker dere den
- S 3: jaa - det får en da inderlig håpe at vi gjør
- S 2: det er vel det vi gjør hele tiden da.

Sykepleierne mente de anvendte teori om kommunikasjon og om psykologi, men de anvendte teorien “helt ubevisst”;

- S 3: har jo lært mye om kommunikasjon i sykepleien
så ubevisst så bruker du jo det når du snakker med pasienten
uten at du vet at det står i den og den boka og at du tenker på det
men hvis jeg ikke har lært det noe sted
så har jeg ikke fått gjort det heller -
det er litt om hva du sier
og du vet at kanskje pasienten ikke hører det du sier
at du er litt bevisst på det da
- S 1: at en gjentar informasjon ja - og slikt
- S 3: mm - det er ikke formidlet før pasienten forstår informasjonen -
- S 4: men du tenker jo ikke på det når du snakker med pasienten
at du har hentet det fra ei bok.

Sykepleierne mente de gjennom utdanningen tilegnet seg grunnleggende holdninger til hva som var viktig. Et eksempel var at de i utdanningen hadde

lært at det var viktig å være hos engstelige lungepasienter og kommunisere beroligende støtte;

bare de får ei hånd på ryggen ikke sant.

I en gruppe hvor sykepleierne for tida opplevde arbeidssituasjonen svært presset, ble skolens idealer for hva som var vesentlig ikke sett som sammenfallende med hva som var vesentlig i den praktiske hverdagen;

- S 1: du bruker jo det du lærte
men det blir et sprik mellom teori og praksis
- S 4: og det tror jeg at i dag så er det spriket mellom teori og praksis
kanskje mye mye større enn hva det var da vi tok utdanningen
- S 3: det er mye fint du lærer i skolen vet du
men når du kommer ut og skal bruke det så er det ikke sånn
- INT: hvorfor er det ikke det
- S 3: vet ikke - det fungerer bare ikke slik
- S 2: nei men det er vel litt viktig at en holder fast på idealene
så en ikke kompromisser seg bort i fra absolutt alt altså
- S 3: mmm
- S 2: for da mister man noe av identiteten som yrkesutøver
- S 1: ja.
- S 3: ja det mener jeg og altså at du kan huske på disse teoriene
det er greit nok det men-e-
- S 2: ja og det å holde disse idealene ved like altså
for nå er det overlevelsesmekanismer vi bruker.

Noen mente de hadde lært mye om kommunikasjon i utdanningen, mens andre mente de lærte svært lite om kommunikasjon da de tok sin utdanning i sykepleie.

Drøfting.

Sykepleiernes umiddelbare kommentar om læring gjennom profesjonsutdanningen, var at der hadde de tilegnet seg kunnskap forstått som “taus teorikunnskap”. De tenkte ikke på at de anvendte teori, men mente de brukte den “mye ubevisst”. Sykepleiere med mange års yrkeserfaring husket ikke lengre hva de lærte i sykepleierutdanningen, men antok at de anvendte teori i praksis. Andre husket at de gjennom utdanningen hadde tilegnet seg kunnskap om psykologi og om beroligende støtte og måter å informere på. De hadde lært om å gjenta informasjon og sikre at informasjon ble forstått slik som den var ment. Noen sykepleiere viste til kunnskap om måter å informere på som en nødvendig forutsetning for å kommunisere profesjonelt. Dersom de ikke

hadde lært om faglig kommunikasjon med pasientene, hadde de ikke hatt de nødvendige forutsetninger for slik faglig kommunikasjon; uten kunnskapen hadde de ikke “fått gjort det”. Teori var slik sett en forutsetning for å kommunisere profesjonelt. Men det ble og vist til sprik mellom teori og praksis. Virkeligheten “fungerte ikke” i samsvar med teori. Til tross for manglende samsvar med praksis, var den faglige teorien likevel av betydning ved de idealer som lå i den, og som sykepleiere fremdeles handlet intuitivt ut fra. Skolens idealer var særlig viktige for sykepleiere som “kompromisset” med egne holdninger fordi arbeidssituasjon ble opplevd som presset. Skolens idealer hadde lagt et fundament for den enkeltes opplevelse av yrkesidentitet. Tap av idealer førte til tap av yrkesidentitet. Den teoretiske grunnutdanningen hadde altså satt varige spor etter seg, slik at den fortsatt hadde en yrkesidentitetsbevarende funksjon.

Mine data viser ikke hvilke teorier sykepleierne lærte om i utdanningen eller hvilke læringsformer som ble anvendt. Øving hvor teori ble utprøvd og anvendt, ble ikke nevnt som en aktivitet i fagutdanningen. I sykepleiekulturen synes ikke praktiske studier å være oppfattet som en arena for veiledet øving og innlæring av ferdigheter. Praktiske studier var derimot betraktet som en “selvfølgelig” arena for å lære om hva som var de viktige praktiske oppgavene i sykepleie.

Innlæring av et yrkes mange ferdigheter betraktes som avgjørende for oppnåelse av fag- eller yrkesidentitet (Nielsen og Kvale 1999). Sykepleierne hevder derimot at tilegnelse av faglige idealer har større betydning enn tilegnelse av ferdigheter. Skolens idealer for hva som er viktig i sykepleie hadde betydning for deres identitetsdanning. Handling i samsvar med skolens idealer styrket identiteten, mens handling som avvek fra idealene svekket den. Altså viser mine funn at idealer har betydning for identitetsdanning, og at fagidentiteten er verdifull for sykepleierne. Dens positive verdi motiverte til handling i tråd med idealene. Altså hadde fagidentiteten betydning for praksis.

Til grunn for sykepleieryrket ligger faglig etiske/moralske prinsipper for profesjonell atferd (Norsk Sykepleierforbund 1983). Profesjonell yrkesutøvelse bygger nettopp på profesjonell samvittighet, hevder Rolf (1995). Brezinka (1988) ser moralsk kompetanse som et ideal basert på påvirkning fra kultur og utdanning, i tillegg til den enkeltes selvkontroll gjennom praksis og innsikt.

Det synes som sykepleierne hadde utviklet en felles samvittighet som kjennetegnet gruppens verdier og tenkemåte. Sykepleierne var påvirket av skolens verdier, og selv så de det som fordelaktig. De som opplevde arbeidssituasjonen som spesielt krevende, mente det var særlig viktig å holde fast på idealene fra utdanningen. I slike situasjoner ble den enkeltes selvkontroll understøttet av idealer tilegnet gjennom fagutdanningen.

- ***Innledende trening og innføring i avdelingens aktiviteter.***

Da sykepleierne begynte i avdelingen, var alt nytt. For å oppleve trygghet i avdelingen og fungere der, var de på den tiden opptatt av å komme inn i rutinene;

når alt er nytt så har en liksom nok med å klare å få med seg alt for at det skal gå rundt den første tiden.

Etter hvert ble de tryggere og sikrere på at de ikke glemte å utføre det de skulle. Men det var mye å lære “på alle fronter”, og de hadde stadig “aha-opplevelser”, og lærte fortsatt mye etter mange år i faget. I forhold til gangen i arbeidet og behandling av dokumenter og slikt, ble de etter hvert trygge og kunne arbeidet sitt. Det førte også til at de ble tryggere overfor pasientene. Det var særlig i forhold pasientenes psykiske reaksjoner at sykepleierne ikke ble utlært;

det psykiske blir en liksom aldri utlært på synes jeg
det er i forhold til å informere pasienter og reaksjoner hos pasientene
som du aldri blir helt sikker.

Det fantes ikke to pasienter som var like. Det fremkom heller ikke at situasjoner var identiske. Det fantes ikke noen “oppskrift” for hvordan en skulle gå frem i kommunikasjon med pasientene.

Drøfting.

Sykepleiernes kommunikasjonslæring ble forstått som uformell læring gjennom handling og refleksjon, til dels som tilfeldig medlæring og til dels som intendert læring. De viste til personlig læring gjennom handling, og ikke til planlagte opplegg for trening i kommunikasjon i praktiske studier i grunnutdanningen eller i opplæringsprogrammer for nyansatte. I en rapport fra SINTEF (Havn og Vedi 1997) om nyutdannede sykepleiere sin kompetanse i møte med somatisk sengepost, hevdes det at en klar majoritet av de nyutdannede møter en “hopp og svøm”-introduksjon hvor de forholdsvis umiddelbart får fullt ansvar. Undersøkelsen bygger på en inndeling i tolv kompetansekategorier, hvor omsorgskompetanse og pedagogisk kompetanse er to områder hvor kommunikasjonskompetanse kan betraktes som en iboende delkompetanse. Nyutdannede sykepleiere vurderte sin omsorgskompetanse høyest og sin tekniske kompetanse lavest, og sin pedagogiske kompetanse nesten like lavt som den tekniske kompetansen. Lav vurdering av egen pedagogisk kompetanse avspeilet utrygghet i forhold til informasjonsansvaret overfor pasienter og pårørende, særlig i akuttsituasjoner. Årsakene til kompetansegap knyttes til dels til mangelfull opplæring av nyansatte og til dels til svakheter ved utdanningen, og i første rekke dens praksisstudier (op.cit.).

Som nyutdannede syntes sykepleiere å være opptatt av å lære seg praktiske oppgaver, og de ble etter hvert tryggere i forhold til de fleste aktiviteter i avdelingen. De vedvarende utfordringene og læringsbehovene dreide seg om måter å møte den enkelte pasient på i spesifikke situasjoner. Dette svarer til delaspesker ved omsorgskompetanse og pedagogisk kompetanse i ovenfor nevnte undersøkelse. Her mente sykepleierne at det ikke fantes noen bestemte fremgangsmåter for å utvikle kommunikasjonskompetanse. De henviste til kompetansegap i betydningen behov for å lære mer. Vedvarende læring ble betraktet som en nødvendig forutsetning for å utvikle kompetanse. Data vist i

det følgende underbygger antagelsen om effekter av læring i varierte situasjoner.

- ***Læring gjennom kommunikasjon med pasienter og pårørende.***

Sykepleierne lærte mest i samtale med pasientene. De lærte seg til å kommunisere *med* dem, og de lærte av å lytte *til* dem og ta fatt på det som skjedde der og da. De mente og at de lærte av pårørende. Læring foregikk “sånn helt ubevisst”. Selv om sykepleierne hadde mange års erfaring som sykepleiere, ble de aldri helt utlært;

du lærer jo litt av hver informasjon du har med hver pasient synes jeg - så trekker du noen nye erfaringer som du vil bruke på neste informasjon en ser at dette var kanskje “snedig” eller -.

Sykepleierne lærte av å “se” hva kommunikasjonen med pasientene førte til av reaksjoner hos pasientene. De lærte og av konkrete tilbakemeldinger fra pasienter;

du ser det på dem
men det hender pasienter sier det og.

En sykepleier gav eksempel på tilbakemelding hun fikk fra en pasient som hadde kreft med spredning (metastaser) til skjelettet;

“vet du hva jeg tenker på” sa pasienten
“folk kommer inn og spør hvordan jeg har det - om jeg har det bra jeg skal fortelle deg at jeg har det for jævlig”
det var en tankevekker jeg lærte noe av
om hvordan vi må gå inn og forholde oss
det skulle vært flere som fortalte oss hva de opplever når de observerer oss.

Sykepleierne trodde pasientene var redde for å såre personellet. De mente det generelt er slik i vår kultur at vi er redde for å såre hverandre. Det er og sjelden en får høre at en har gjort en god jobb, mente sykepleierne.

Drøfting.

Sykepleierne lærte gjennom handling. De lærte noe i hver ny situasjon.

Læringen fant sted som en mer eller mindre utilsiktet del av den kommunikative aktiviteten. Noe læring foregikk på et intuitivt plan. Til forskjell fra intendert læring benevnes utilsiktet tilfeldig læring som medlæring (Dreier 1999). Medlæring og intendert læring er læringsformer

som kan overlappe hverandre. Materialet tyder på at det forekom både medlæring og intendert læring.

Positive erfaringer med en fremgangsmåte eller væremåte ble prøvd ut i lignende situasjoner. Dersom noe ble erfart som hensiktsmessig, kunne det overføres til lignende situasjoner. Å foreta “noe snedig” tolker jeg som fremgangsmåter sykepleierne mente var hensiktsmessige for å nå mål i form av positive reaksjoner hos pasientene. Sykepleierne viser her til personlige fremgangsmåter for å utvikle kompetanse.

Med sosial ferdighet tilpasses atferden til variasjoner i konteksten (Hargie o.fl. 1987, 1994). Dyktighet forutsetter et visst nivå av kontroll over atferden, men og evne til fleksibel væremåte, “lesing” av situasjonen og læring der og da. Sykepleierne fortalte om vurderinger grunnet i oppmerksomhet mot kommunikasjonsprosessen og pasientenes reaksjoner på sykepleiernes fremgangsmåter. Dyktighet ble vurdert ut fra egne observasjoner, og læring gjennom handling var oftest basert på selvbedømmelse.

Det forekom at sykepleierne lærte av å få konkrete tilbakemeldinger fra pasienter, men sykepleierne ønsket å få flere tilbakemeldinger fra pasientene om deres opplevelser av kommunikasjonsforholdet. Det var ikke alminnelig forekommende (eller “passende”) å få konstruktive tilbakemeldinger. Ulike rolleposisjoner kan og være grunner for at pasienter viser forsiktighet med å “rose eller rise” personellet.

I pleiefellesskapet opplevde sykepleierne miljøet som trygt og støttende, og her hadde de en læringsarena som både ble benyttet dersom de sto overfor vanskelige situasjoner eller problemer i kommunikasjonsforhold til pasienter, og som arena for videreformidling av erfaringer og for evaluering av hendelser hvor de opplevde at de lyktes eller ikke lyktes med fremgangsmåter

i kommunikasjon med pasienter. Følgende data underbygger syn på pleiefellesskapets rolle og funksjon som støttende læringsarena.

- ***Støtte, drøfting og læring i pleiefellesskapet.***

Det var viktig for sykepleierne å bli godt kjent og få til og opprettholde et bra arbeidsmiljø dem i mellom. Og de tok vare på hverandre;

vi tar vare på hverandre vi som er på vakt når vi har muligheten.

Sykepleierne samarbeidet om å få til god sykepleie, og opplevde ikke konkurranse om å få dette til. De lærte ofte av tilfeldig opptredende samtaler;

i forhold til kollegaer så synes jeg at jeg lærer mest av det som er spontant det vi snakker om på vaktrommet - episoder.

Sykepleierne i SGR 3 mente de ikke var flinke nok til å gi “ros og ris”;

- S2: er kanskje for lite flink til å gi ros tror jeg
- S3: både ris og ros
for lite flinke til å gi tilbakemeldinger i det hele tatt
- S1: kanskje vi skal begynne med det nå (de ler).

De fortalte hverandre hva de gjorde, om egne erfaringer og “hva en har opplevd”. De samtalte om pasientene og lærte av hverandre. Ofte spurte de hverandre til råds om hvordan de skulle angripe aktuelle problemer og vanskelige situasjoner. Noen ganger følte de at de lyktes og andre ganger følte de at de ikke hadde gjort en god jobb, eksempelvis

de ganger du ser at du ikke har nådd frem.

Særlig i de tilfellene hvor sykepleierne følte på “noe ugreit” og vanskelig, var det viktig å sette seg ned og bruke tid til å snakke sammen. Men det var ikke alltid de hadde tid til det når spesielle situasjoner var aktuelle. Det var særlig i forhold til svært syke og døende pasienter at sykepleierne hadde behov for evaluering sammen med kolleger;

det er mere vanskelig hvis en går og føler på noe
om en har gjort det så bra som en kunne da
om det er noe annet - eller mere jeg skulle ha gjort
og kanskje hatt mere tid til å være der ...
og bare sittet ned og holde pasienten i handa eller sånn.

Andre vanskelige situasjoner var tilfeller når sykepleierne gjorde sitt ytterste for å oppmuntre pasienter, men uten at de lyktes. I SGR 2 diskuterte de

vedvarende læring og støtte fra kolleger som nødvendig for at sykepleierne ikke skulle bli “utbrent” men beholde en positivt selvoppfatning;

- S3: det blir gjort det ytterste for å komme med en oppmuntring
men så blir det ikke alltid like godt mottatt
- S3: men en blir jo vant til det
- S1: jeg har arbeidet adskillig mange år jeg
men likevel så synes jeg dette er vanskelig ja
- S3: men det skal vel være vanskelig og - selvsagt ...
- S1: en kommer til kort noen ganger
og det må vi i grunnen akseptere vi og - ellers så blir vi utbrent
- S2: men så er det litt fallitt det og -
vi vil ikke akseptere det fullt ut nei - det tror jeg ikke
- S4: men vi har no ikke alltid tida da -
nytter ikke alltid å sette seg ned
og virkelig bruke tid på å snakke sammen
det synes ikke jeg -
det kan være i spesielle situasjoner.

Det var særlig viktig å ta vare på hverandre i situasjoner hvor noen måtte akseptere at de “kom til kort”. De måtte lære seg å mestre slike vanskelige sider ved hverdagslivet som sykepleier.

Drøfting.

Sykepleierne viste ikke til læring gjennom å observere dyktige kolleger i praksis. Slik sosial læring beskrives som en form for mesterlære (Kvale 1993). Derimot har det skjedd tilfeldig medlæring, “spontant” i samtaler mellom sykepleiere. Sykepleierne pleide å fortelle om hendelser, drøfte problemer og samtale om pasientene. “Ros og ris” forekom ikke ofte nok ut fra deres egne utsagn. Sykepleierne opplevde fellesskapet blant kollegaene (pleiefellesskapet) som trygt, støttende og bygd på samarbeid uten konkurranse om å gjøre den beste jobben. Det var særlig viktig å støtte hverandre og samtale dersom sykepleiere gikk og følte på at de kunne ha gjort en bedre jobb i bestemte situasjoner. Slike samtaler hadde evaluering, læring og psykisk støtte som hensikter. Samtalene hadde funksjon som “uformell målrettet veiledning” der og da. Samtalene var ikke planlagt, og forekom i tilfeller når pleierne hadde tid til rådighet.

Under punkt 4.4.2 viste jeg til utsagn som kunne tyde på at sykepleierne arbeidet i et fruktbart læringsfellesskap. Sykepleiernes utsagn om støtte og læring underbygger denne antagelsen. Bruner (1997) hevder at å lære å mestre noe innebærer å oppnå sikker dømmekraft, tillit til seg selv, og å arbeide godt sammen med andre. Slik læring blomstrer i gjensidige læringsfellesskap. Sykepleierne hadde til hensikt å ivareta eller styrke selvtillit og dømmekraft hos hverandre, og satte “tid og krefter” inn på evaluering dersom noen følte at de kom til kort til tross for at de hadde gjort sitt ytterste. Sykepleierne var tilbøyelige til å oppleve det som en “fallitt” dersom de ikke lyktes. Muligheten sykepleierne hadde til å samtale seg i mellom for å finne ut hvorfor det gikk som det gikk, og få kollegial støtte i slike sammenhenger, ble verdsatt i fellesskapet. Gjennom felles støtte unngikk sykepleierne å bli utbrent. Læringsfellesskapet hadde en fruktbar funksjon i forhold til å bevare sykepleiernes selvtillit og selvaktelse. De fikk bekreftelse og støtte for sin dømmekraft i vanskelige situasjoner. Som gruppe var de “eksperter” på felles mestring av hverdagen.

- ***Sjelden læring gjennom stabsmøter eller faglig veiledning.***

Undervisning om kommunikasjon forekom ikke som planlagte innslag i avdelingsmøter, og det ble ikke til at sykepleiere tok opp kommunikasjon som tema i møtene. I avdelingens møter snakket ikke sykepleierne om kommunikasjonsforhold eller problemer de opplevde i kommunikasjon med pasienter.

I en gruppe fortalte de at det var gjort forsøk på å få til faste samtaletider med kreftsykepleier, hvor de kunne samtale med henne om sine opplevelser. Men ordningen fungerte ikke i praksis. I situasjoner hvor det var behov for hjelp med konkrete problemer som sykepleierne ikke mestret selv, rekvirerte de samtaler med kreftsykepleier,

om vi ser situasjoner som vi ikke kan å mestre
og ser at vi kan ha nytte av at hun går rundt og diskuterer
så ringer vi og spør om hun kan ta seg en tur
og da kommer hun gjerne en tur og prøver å få ut data om pasienten
og hun kommer tilbake og snakker.

I samtaler med kreftsykepleier hendte det at det sykepleiernes reaksjoner ble tatt opp. Det var sjelden at dette forekom. Samtalene med kreftsykepleier dreide seg oftest om praktiske løsninger på pasientproblemer.

Drøfting.

Innledningsvis i dette kapitlet stilte jeg spørsmål om institusjonell tilrettelegging for læring og faglig kommunikasjon. Materialet har vist at det sjelden eller aldri forekom kommunikasjonsundervisning i tilrettelagte læresituasjoner, eksempelvis i stabsmøter eller i faste opplegg med faglig veiledning.

Det var gjort forsøk å få i stand opplegg hvor kreftsykepleier gav veiledning i kommunikasjon med kreftpasienter, men opplegget fungerte ikke. Det kom ikke frem opplysninger om grunner for mangelfull institusjonell tilrettelegging for læring og utvikling av kommunikasjonskompetanse.

Læring fant sted gjennom refleksjon over praksis og diskusjon med sykepleiere på arbeidstedet. Et gjensidig læringsfellesskap kjennetegner denne fagkulturen. Stabsmøtene hvor lederne også var tilstede, ble derimot ikke benyttet til å utveksle erfaringer og diskutere kommunikasjonsforhold med pasienter. Problemer ble ikke diskutert med lederne, men med kollegaene. Altså ble videreutvikling av kommunikasjonskompetanse betraktet som et anliggende for pleierne, og ikke for ledelsen.

- ***Samtaler som ”salderingspost” i arbeidsprogrammet til sykepleierne.***

Knapphet på tid ble nevnt i alle gruppeintervjuene. Alle sykepleierne så generelt oppfølging og opprettholdelse av kontakten med pasientene som viktig, men ofte problematisk å gjennomføre. Sykepleierne ønsket å samtale jevnlig med pasientene. Ofte ble dette kortvarige samtaler. Begrunnelsen for at det ble slik, var at andre oppgaver måtte gjennomføres først;

du gjør alle disse sykepleieoppgavene
og vasker og rydder
og så har du ikke tid til å snakke med dem ...

Sykepleierene oppgav pasienthensyn som grunner for å prioritere vask og rydding av rom framfor samtaler med pasienter;

at du trekker veksler på noe for å gjøre det du skal gjøre
så blir det dette som skjer
og det blir jo nedprioritert hvis en kan kalle dette det da
sanne ting som å sette seg ned og snakke med dem ja –
for da må det ryddes opp på et rom i stedet ikke sant –
for noen nye (pasienter) skal inn der.

Dersom sykepleierne ikke rakk å samtale med pasientene førte det til dårlig samvittighet;

det er så frustrerende -
du får dårlig samvittighet og.

Sykepleierne viste til rutiner hvor de “tok en runde” innom til pasientene før de gav rapport og gikk av vakt;

ett er no det at en går inn på rommet og prater med pasienten
om hvordan han har det i dag -
men det å virkelig være til *stede* og lytte til pasienten med de tankene han har
det er for sjelden
det ser jeg - og det er ikke riktig nei - det er klart ja.

Sykepleierne i SGR 1 så egen “travel væremåte” som en hindring for pasientene når det var noe de ønsket å snakke om;

S 3: mm, men det er det som skjer no om dagen
S 4: ja ett minutt ikke sant - noen sekunder -
S 3: du er innom og ...
S 4: de får ikke en gang sjansen til å komme innpå det
som de kanskje ønsker å snakke om
S 1: de ser jo at vi står liksom med hånden på døra
og liksom er på tur ut
S 2: ja og da er det jo ikke så greit å ta opp ting som du -
S 3: tror det er mange som kvier seg for det
for at det vil ta *tid* det å komme inn på noe slikt
og så vil de ikke ta den tiden ...

Pleierne forsøkte til dels å “løse” problemet ved å “stikke ofte innom” rommene til pasientene, samtidig som de mente pasientene ikke fikk samtale med dem om det de ønsket. Pasientene kviet seg for å ta opp ting med sykepleiere som viste tegn til travelhet.

I svært travle perioder unngikk sykepleiere i SGR 4 samtaler med pasienter som hadde lite behov for pleie i direkte tilknytning til sykdom og medisinsk behandling;

- S 1: og så når det er travelt igjen så må en gå til andre
og så går man der med dårlig samvittighet når det er
såpass lenge siden man har hatt en skikkelig prat med den pasienten -
som ligger og er veldig dårlig - og vet at de ikke blir bra - og har kreft
så går jeg med dårlig samvittighet fordi jeg vet
at pasienten har liksom blitt bedre no - sånn medisinsk –
og da får man ikke snakket -
da er vi plutselig “huitsj” - vekk
- S 2: da kan du nesten unngå å gå inn bare for at - at du vil ikke bli heftet -
for du vet at det kan ta tid når du går inn der -
da kan du unngå en pasient du har hatt mye kontakt med -
og så plutselig er han bedre -
og hvis du går inn der så - da må jeg ha *tid* -
og da lar en det være.

Pasienter som ga tegn på å ønske samtale uten at sykepleieren fulgte opp, ville sannsynligvis ikke være beredt til å ta opp temaet ved senere anledninger;

- S 3: ja det er vanskelig når en ikke har tid til å høre på dem
fordi at det kommer ofte så klart tegn
og så tar du bare ikke opp skjeen
og så har du kanskje etter at du går
ikke muligheten til å gjøre noe siden
- S 2: nei det er ikke godt for dem å si noe når de ser at vi bare skynder oss
- S 4: nei det er akkurat det
- S 1: en føler jo at det faktisk kan vente til i morgen og
de skal aktiviseres og alt skal vi igjennom - beskjeder og -
det skal skrives opp alt vi gir og –
og vi får ikke mere hjelp.

Sykepleierne svarte ikke pasientene ved å foreslå eller avtale samtale på senere tidspunkt. De “følte” at samtaler kunne vente til i morgen, selv om det var urealistisk, og ikke ble avtalt.

Drøfting.

Funn viser at samtaler med kreftpasientene var ”salderingspost” i arbeidsprogrammet til sykepleierne. Knappe tidsrammer førte til at sykepleierne måtte prioritere noen oppgaver foran andre. I travle perioder ble hensynet til noen pasienter tonet ned. Det dreide seg om pasienter uten uttalte kroppslige plager som følge av sykdommen. En strategi for å opprettholde en viss kontakt med alle pasientene, var å gjennomføre “spørrerunder” hvor sykepleierne la opp til kortvarige samtaler og pasientene ble bedt om å komme med korte redegjørelser om hvordan de hadde det. En annen strategi

sykepleierne mente de måtte ty til i svært travle perioder, var å unnlate å ta kontakt og samtale med pasienter som var blitt bedre i medisinsk forstand.

Sykepleiere er orientert mot praktisk handling, hevder Dickson o.fl. (1993). En kan anta at den praktiske orienteringen er et svar på institusjonens forventninger om et arbeidsprogram men høyt aktivitetsnivå og mange praktiske oppgaver. Praktisk orientering kan også være forankret i verdier. Å lindre fysisk lidelse har verdi. Å lindre psykisk lidelse og yte medmenneskelig omsorg har også verdi. Når rammevilkårene ikke strekker til for handling i tråd med de to verdsettene, får de karakter av antinomier, og sykepleierne tvinges til å betrakte dem som motsetningsforhold som må balanseres. Å nedprioritere samtaler i travle perioder, var fagkulturens måte å håndtere denne problematikken på. Det betydde ikke at tradisjonelle omsorgsverdier ble forlatt, og når samtaler ble nedprioritert, opplevde sykepleierne frustrasjoner og dårlig samvittighet.

4.5.2 Kulturens verdier og verdsatt praksis

Positive holdninger og reelle muligheter til å kommunisere på kompetent måte, er forutsetninger for å kommunisere hensiktsmessig (Dickson o.fl. 1993). Faulkner (1995) fant at kontaktene sykepleiere har med pasientene ofte er kortvarige og overfladiske, og de foregår omtrent alltid under tidspress. Mine informanter påpekte og at sykepleierne ofte syntes å ha knapphet på tid. På grunn av tidspresset skal pasientene oppmuntres til å prioritere sine problemer, hevder Faulkner (op.cit.). Dersom tidspresset var stort, gikk sykepleierne i min undersøkelse “runder” og ba pasientene redegjøre for hvordan de hadde det, men de signaliserte travelhet med sin væremåte. De oppmuntret pasienter til å spørre dersom de lurte på noe, men ikke til å ta opp problemer. Pasientene syntes likevel å oppfatte korte kontakter som støtte (jfr. kapittel 4.3). Dersom pasientene så at sykepleierne var travle, hadde de forventninger om lite kommunikasjon med dem.

Det at sykepleierne mente det ville ta *tid* å samtale med pasienter de hadde hatt mye kontakt med, viser at kontaktforholdet ikke oppfattes for å være brutt som følge av manglende ansikt til ansikt kontakt en tid. Det de unngikk var “en skikkelig prat”. Sykepleierens dårlige samvittighet ser jeg som tegn på at slike samtaler oppfattes som verdifulle for pasientene. Sykepleiernes ambivalens til å gå inn på rommene og snakke med pasienter hadde ikke sin årsak i relasjonen til den enkelte pasient, men i sykepleiernes ansvarsfølelse overfor *alle* pasienter, og særlig de sykeste i medisinsk forstand. Sykepleie knyttet til medisinske tiltak hadde større betydning enn pasientenes behov for å samtale, og sykepleierne brukte først og fremst tid overfor pasienter med behov for medisinske og praktiske hjelpetiltak.

En pasient som var opptatt av samfunnsendringer, pekte på tendensen i vårt moderne samfunn til å lære mye nytt, uten å ta vare på og bruke mye av den nyttige gamle kunnskapen man alt har. Har sykepleiernes fokus dreid fra psykososial støtte til instrumentell/medisinsk innrettet praksis? Gjennom å utvikle og ta i bruk ny medisinsk kunnskap, kan fagkulturen ha endret fokus. Ny kunnskap og teknologisk utvikling har blant annet bidratt til god smertebehandling. I sykehuset hvor tjenesten ytes, synes en “dagsaktuell” utøvelse av sykepleie å være forventet, hvor sykepleierne har fokus på smertebehandling og praktisk problemløsning, heller enn innlevelse og omsorgsfull støtte og klinisk veiledning.

Mine funn viser at gammel kunnskap og tradisjonelle omsorgsverdier ikke var “glemt”. Gjennom sykepleierutdanningen ble verdiene opprettholdt og ført videre. Undervisning i sykepleierutdanningen har sannsynligvis ikke endret fokus på samme måte som helseinstitusjonen har endret fokus. Studentene ”så” noe annet enn teori og skoleidealer i praksis. Dette synes å være uttrykk for en dreining av fokus til forventninger om mer instrumentell praksis enn omsorg.

Mangel av formell opplæring eller veiledning i institusjonens regi kan tyde på at ledere ikke har kunnskaper om aktuelle undervisningsformer, eller at de mangler innsikt i kompetansegrunnlagets betydning for kommunikasjon med helsefremmende kvalitet. Kommunikasjonskompetanse og betydning pleierne mente profesjonell kommunikasjon har for pasientene, var ikke tema i møter med ledelsen. Det er behov for å sette profesjonell kommunikasjon på dagsorden, og åpne opp for dialog mellom institusjon og fagkultur.

Læring hadde en vedvarende, men uformell rolle som medaktivitet i sykepleiernes “egentlige” pleievirksomhet. I fagkulturen hadde læring funksjon som innføring i gruppens måte å handle og bedømme egen praksis på. Læringsbehov og løsning av pleieproblemer som innbefattet kommunikasjonsforhold til pasienter, ble drøftet og håndtert internt i pleiefellesskapet. Sykepleierne var selv sentrale aktører. Læring bidro til sosialt fellesskap med utveksling og utvikling av felles kunnskap.

Konklusjon.

Mitt materiale viser at det er lite tilrettelagt for læring av kommunikasjonsferdigheter i høgskole og i helseinstitusjon. Videreutvikling av kommunikasjonskompetanse er ønsket og blir tilstrebet på individuelt plan og på fagkulturelt plan. Pleiefellesskapet er en ressurs i så måte.

Helsefremmende kommunikasjon har verdi i pleiekulturen, men det er ikke åpenhet mellom pleiekultur og institusjon med hensyn til formidling av informasjon om idealer og problemer med å realisere dem. Betydning kommunikasjon og utvikling av kompetanse har/kan ha for ulike aktører og for samfunnet er ikke fokusert i stabsmøter mellom pleiere og ledelse.

Materialet viser at kommunikasjonen hadde sekundær betydning i den samlede virksomheten, og at tid som ressurs ble vurdert som den mest avgjørende faktor i sykepleiernes kommunikasjon med kreftpasienter.

5.0 DRØFTING OG SAMMENFATNING

I dette kapitlet sammenfatter jeg resultatene fra min undersøkelse og drøfter dem opp mot studiens problemstillinger. Jeg peker på utfordringer med hensyn til å bestemme og sikre en faglig kvalitet som er i samsvar med den offentlige forvaltningens krav og forventninger til helsetjenesten. Behov for utviklingstiltak drøftes. Kommunikasjonens betydning slik den kommer til uttrykk i fagkulturen, drøftes i sammenheng med følgende; 1) sykepleiens forankring i faglige verdier, 2) den posisjon samtaler med pasienter har i den sykepleiefaglige praksis, 3) faggruppens syn på læringsformer for å dyktiggjøre seg i faglig kommunikasjon, og 4) det faglige fellesskapets måter å håndtere problemer på. I siste del av kapitlet peker jeg på begrensninger ved mitt arbeide og sammenfatter studiens bidrag til forskningen på feltet. Avslutningsvis peker jeg på aktuelle fremtidige tilnærminger til den problematikk som studien belyser.

5.1 Sykepleie som støttende kommunikasjon

Hva forstår kreftpasienter og sykepleiere i sykehus med faglig kommunikasjon som har helsefremmende kvalitet? Helsefremmende effekter som kan måles er ikke testet i denne undersøkelsen. Her har jeg derimot hatt til hensikt å belyse og få frem et helhetsbilde av meninger om kommunikasjonsforholdets kvalitet og dets betydning for en bestemt gruppe pasienter i en bestemt kontekst.

Jeg undersøkte hva pasienter og sykepleiere oppfattet som helse hos kreftpasienter i sykehus. Partene forsto helse som subjektive opplevelser av livskvalitet og sykdom/fravær av sykdom i biomedisinsk forstand. Situasjonen

som kreftpasient i sykehuset innbefatter problemer og behov for faglig hjelp og støtte for å ivareta og opprettholde livskvalitet og helse. Forventninger og opplevelser av støttende kommunikasjonsforhold er beskrevet i resultatkapitlet. Oppfatninger om kommunikasjonsforholdets støttende funksjon ble spesifisert som oppfatninger om instrumentell støtte, informativ støtte, emosjonell støtte og sosial/kulturell støtte. I figur 2 viser jeg en oversikt over pasienters støttebehov og sykepleiefaglige mål med støttende kommunikasjon.

<p>Kreft medfører</p> <p>←</p> <ul style="list-style-type: none"> • truet/ redusert livskvalitet • truet/ redusert kroppslig helse 	<p>Mål at pasienten er tilfreds og oppnår</p> <ul style="list-style-type: none"> • akseptabel livskvalitet velvære å fungere i situasjonen • helsemessig hjelp fravær av kreft eller et verdig liv med kreft
<p>Pasienters støttebehov:</p> <p>Instrumentell støtte</p> <p>Informativ støtte</p> <p>Emosjonell støtte</p> <p>Sosial/kulturell støtte</p>	<p>Delmål for sykepleiefaglige støtte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↙ Behov for praktisk og medisinsk hjelp identifiseres og imøtekommes ↙ Pasienten – har kunnskap om sykdom og behandling - medvirker og samtykker ↙ Pasienten opplever kontroll, aksepterer følelser - kjenner økt trygghet, håp og livsmot - kobler av fra sykdomstanker ↙ Pasienten – opplever støtte og åpenhet i sosiale relasjoner - opplever seg respektert og verdsatt som person

Figur 2. *Kreftpasienters støttebehov og motsvarende sykepleiefaglige*

mål for støttende kommunikasjon med kreftpasienter.

Felles forestillinger er blitt beskrevet som grunnleggende hjelpemidler eller forutsetninger for å oppnå gjensidig forståelse (Langer 1993, Bruner 1997, Bråten 1998). "Sykepleie" som sosial konstruksjon, gav noenlunde samme mening for pasienter og sykepleiere. Begge parter hadde forestillinger om sykepleie som støtte for å fremme helserelatert livskvalitet i betydningen opplevelse av fysisk og psykisk velvære og fungering hos kreftpasienter i sykehuset. Situasjonen med kreft i kroppen, og situasjonen som pasient i sykehuset, hadde innvirkning på livet i psykisk og sosial forstand, i tillegg til å medføre kroppslige plager. Det fremgår av figur 2 at faglige mål er rettet mot å bedre den helsemessige situasjonen med kreftsykdom, og mot pasientenes behov for å høyne eller opprettholde helserelatert livskvalitet i situasjonen.

Helsepolitisk er kreftomsorg i de senere årene blitt viet stor oppmerksomhet i vårt land. I Norsk kreftplan heter det blant annet at kommunikasjon er et viktig element i formidlingen av god omsorg knyttet til pasientenes opplevelser (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Mitt materiale viser at pasientene mente kommunikasjonsforholdet hadde stor betydning for pasientenes opplevelser av å bli ivaretatt på en god måte. Pasientene var generelt tilfredse med kommunikasjonsforholdet, men pasienterfaringer knyttet til spesifikke behov for støtte, gav variert informasjon om hva pasienter opplevde og hva de ønsket av støtte.

Padilla o.fl. (1992) betrakter delkomponenter av helserelatert livskvalitet som opplevelse av fysisk, psykisk, sosial og åndelig velvære og fungering. I situasjonen som kreftpasient i sykehuset, var pasientens velvære truet eller redusert. Pasientene mente påkjenninger i situasjonen hadde innvirkning på deres evne til å fungere med kropp, tanker og følelser. Og i sosialt samspill med sykepleiere, ble oppmerksomheten fokusert mer mot detaljer enn i dagligdags kommunikasjon. En kan betrakte støtte som motvekt mot

påkjenninger. House (1981) har utviklet teori om psykososial støtte. Jeg la hans inndeling av psykososial støtte til grunn, i analysen av pasientenes behov for støttende kommunikasjon. Pasientenes behov for fire typer støttende kommunikasjon, samt funn som underbygger tilsvarende delmål for sykepleien, danner det empiriske grunnlaget for å belyse problemstillingen hvor meninger om kvalitet i samspillet mellom kreftpasientene og sykepleiere etterspørres.

Instrumentell støtte.

Pasientenes oppfatninger om behov og opplevelser av instrumentell støtte, svarer til sykepleiefaglige delmål for praktisk og medisinsk hjelp (se figur 2). Instrumentell støtte var oftest positivt opplevet. Et avvik fra den positive trenden, dreide seg om opplevelser hvor pasienter savnet kommunikasjon for å imøtekomme deres behov for ro og skjerming. Situasjonen med kreft tok på kreftene, både fysisk og psykisk. Min undersøkelse viser at sykepleiere mente kreftpasienter ble slitne, men resultatene samlet viser at pleierne bør være mer oppmerksomme overfor slike forhold, og legge til rette for mer ro og skjerming enn tilfellet var i følge mitt materiale.

Samtaler om pasientenes plager ble positivt verdsatt av pasientene. Smertebehandling er av stor betydning i kreftomsorgen (Sosial- og helsedepartementet 1997b), og mine funn viser at instrumentell støtte gjennom samtaler for å identifisere problemer og finne løsninger på smerteproblemer, oftest ble opplevet som støtte og problemløsende hjelp. Smertebehandling førte til akseptabel grad av velvære. Lindring av smerter gjorde det lettere for pasientene å komme seg i fysisk aktivitet etter operasjoner. Generelt bidrog smertelindring til fysisk aktivitet uten lidelse, og opplevelse av at kroppen fungerte. Pasienter og sykepleiere hadde sammenfallende syn på smertebehandling som en oppgave sykepleiere bør prioritere. Dette harmonerer med helsepolitiske forventninger til god kreftomsorg.

Informativ støtte.

Delmål for informativ støtte var at pasientene skulle ha kunnskap om sykdom og behandlingsformer, og at pasienter medvirket og samtykket i det som skjedde (se figur 2). Både pasienter og sykepleiere mente samtaler om kreften og om det som skjedde hadde innvirkning på pasientenes opplevelse av kontroll i situasjonen. Betydning av detaljert informasjon om behandling som skulle gjennomføres, ble poengtert av pasienter og sykepleiere. Det fremgår av materialet at informativ støtte ble oppfattet som forståelig, grundig, tilstrekkelig og fortløpende, tidsriktig informasjon om tema knyttet til sykdommen og behandlingen av den.

Kommunikasjonsforholdet hadde betydning for opplevelse av medvirkning og samtykke til den sykepleie pasientene mottok i sykehuset. Mitt materiale tyder på at sykepleiere og pasienter ofte samarbeidet godt for å finne løsninger på pasientenes problemer, slik at pasientene fikk lindret smerter og andre plager. Men pasienterfaringer av informativ støtte varierte noe i mitt materiale, og pasientene ønsket mer og grundigere informering. Det fremkom og at sykepleiere i noen sammenhenger kommuniserte på dominant måte overfor pasienter. Da etterspurte pasienter mer faglig kompetanse.

Det lå faglige, det vil si helse- og livskvalitetsfremmende hensikter til grunn for dominant væremåte slik sykepleierne beskrev dette. De hadde til hensikt å påvirke pasienter på best mulig måte, og de brukte konfrontasjon som fremgangsmåte dersom de anså det som nødvendig for å få pasienter til å erkjenne situasjonen med kreft og ta i mot aktuell helsetjeneste. Men dette var ikke en strategi de brukte innledningsvis. For å få pasientene til å sette ord på tanker og følelser i situasjonen med kreft, brukte sykepleierne en åpen tilnærming. De forøkte å få til en meningsfylt dialog om situasjonen. Dette ble betraktet som den ideelle fremgangsmåten, men ut fra sykepleiernes syn, var likevel konfrontasjon nødvendig i noen sammenhenger. En kan spørre om denne fremgangsmåten svarer til de forventninger til god omsorg som er

beskrevet i Norsk kreftplans (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Jeg stiller meg også spørrende til fremgangsmåten med hensyn til å imøtekomme fremtidige lovfestede pasientrettigheter til informert samtykke og medvirkning (Sosial- og helsedepartementet 1998a).

Sykepleierne gav til kjenne positive holdninger til å vise omsorg og til å påvirke gjennom faglig undervisende/ informativ kommunikasjon. De vurderte egne handlinger og valg av enten åpen eller konfronterende tilnærming ut fra skjønn. Her synes det å være behov for mer forskning som kan vise hvilke fremgangsmåter som både oppleves som tilfredsstillende, og gir faglig begrunnede helsefremmende effekter.

Emosjonell støtte.

Faglige delmål for emosjonell støtte, var at pasientene skulle oppleve å ha kontroll, akseptere følelser, kjenne økt trygghet, håp og livsmot, og at de kunne koble av fra sykdomstanker (se figur 2). Pasientmaterialet gav informasjon om opplevelser av emosjonell støtte i form av passende nærhet, omsorgsfulle kommentarer, passende humor og hyggelig, alminnelig hverdagsprat. Sykepleierne imøtekom slike ønsker. De forsøkte å stimulere pasientenes opplevelser av trygghet, håp og livsmot, og de ønsket å dempe opplevelser av frykt. Forventninger til emosjonelt støttende kommunikasjon var basert på den oppfatning at pasientene mestret situasjonen som pasient i sykehuset dersom de ikke tok den *for* alvorlig. Sykepleiere synes ikke å være ansett av pasienter flest som hjelpere til dypere bearbeiding av følelsesmessige reaksjoner. Med hensyn til emosjonell støtte, syntes kvalitet i samspill mellom pasienter og sykepleiere å være forstått som støtte for å kontrollere følelser, heller enn støtte for å bearbeide følelsesmessige reaksjoner.

Sosial-/kulturell støtte.

Delmål for sosial/kulturell støtte var at pasientene skulle oppleve bekreftende støtte og åpenhet i sosiale relasjoner, og opplevde seg respektert og verdsatt

som personer (se figur 2). I pasientmaterialet kom det frem informasjon om mye sosialt bekræftende støtte. Pasientene satte pris på hyppige kontakter, positive responser og oppfordringer om å si i fra dersom de trengte hjelp. De satte også pris på støtte til å opprettholde god kontakt med pårørende, og tilrettelegging for at pårørende kunne være sammen med dem i sykehuset. Sosial/kulturell støtte fremmet generelt psykisk velvære og fungering i hverdagen.

Funn i sykepleiermaterialet viser at sykepleierne så det som betydningsfullt å være åpne overfor pasientene og bli litt kjent med dem som personer. De mente sosial/kulturell støtte hadde betydning for pasientenes opplevelse av å bli verdsatt som mennesker. Sykepleierne viste og til egne behov for å kjenne pasientene som personer, slik at de unngikk faren for å forholde seg til pasientene som sykdomstilfeller. I Norsk kreftplan legges det også vekt på at det ikke er sykdommen, men personene som opplever situasjonen med kreft, som må stå i fokus for personellets måte å vise omsorg på (Sosial- og helsedepartementet 1997b). Min undersøkelse viser at pasientene oppfattet kommunikasjonsforholdet med sykepleierne som helsefremmende. Det hadde sosialt/kulturelt støttende kvaliteter som gav opplevelse av tillit til personellet og trygghet i pasientsituasjonen, og det bidro til opplevelse av psykisk helserelatert livskvalitet.

Forventninger til informasjonsutveksling og veiledning.

Pasientenes erfaringer av informativ og emosjonell støtte varierte noe i mitt materiale. Meninger om motsvarende faglig praksis ble belyst i sykepleiegruppene. Jeg vil trekke frem særtrekk ved resultatene, og drøfte dem i forhold til helsepolitiske og utdanningspolitiske forventninger til kreftomsorg og kompetanse hos personellet.

Med hensyn til informasjonsformidling, pasientundervisning og veiledning møter sykepleiere offentlig formulerte krav til kompetanse og kvalitet. I Lov

om pasientrettigheter (Sosial- og helsedepartementet 1998a) som trer i kraft i 2001, heter det at informasjon skal føre til medvirkning ut fra “samtykkekompetanse”. (Informasjonen som gis, skal gi pasienten forutsetning for å vurdere og velge om han/hun tar i mot den helsetjeneste vedkommende blir tilbudt.) I Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000) heter det at studenten etter endt utdanning skal ha utviklet handlingskompetanse til å vurdere sykepleie ut fra pasientmedvirkningsperspektiv, og handlingskompetanse for å undervise og veilede pasienter. Dessuten vektlegger Helsepersonelloven (Sosial- og helsedepartementet 1998b) faglig forsvarlighet i større grad enn tidligere lover for helsepersonell. Forventninger og krav til god sykepleie favner over mange og spesifikke kompetanseområder, og profesjonell kommunikasjon er avgjørende i mange sammenhenger. Ut fra ovenstående skal blant annet innhenting av informasjon fra pasientene, og formidling av informasjon til pasientene, ivareta pasientenes rett til informert medvirkning og hjelp til selvhjelp.

Å innhente informasjon og få forståelse av pasientenes problematikk.

Pasientmaterialet har vist at sykepleiere ikke identifiserer alle pasientproblemer de faglig sett kunne bidratt til å løse. Det dreide seg delvis om smerteproblemer og delvis om problemer knyttet til fysisk og psykisk belastning, usikkerhet, vonde følelser og vanskelige livssituasjoner.

Sykepleierne innhentet informasjon for å bedømme pasientenes situasjon gjennom inngående spørsmål alt i første møte med pasientene. De nyttet tiden og anledningen. Her er det divergerende oppfatninger i litteraturen. Noen hevder at bedømmelse av behov for pleie og omsorg først bør gjøres når pasienten har funnet seg til rette i sykehuset (Heidenberg og Doughan 1985, Faulkner 1995). Mitt pasientmateriale viser at pasienter ikke alltid forsto grunnen til at sykepleiere stilte inngående spørsmål. Det forekom at informasjonsinnhenting ble tolket som nysgjerrighet.

Sykepleierne arbeidet ofte under tidspress. Det førte til at de ikke fikk gjennomført en kontinuerlig og helhetlig bedømmelse, og ofte fikk de mangelfull kjennskap til pasientene og deres perspektiver. For å få forståelse av helheten i pasientens problematikk, foretok sykepleierne bedømmelse ut fra observasjoner og korte samtaler under hele forløpet. Sykepleierne skaffet seg en viss oversikt, og forsøkte å integrere fokus på person og helseproblem i samtale med pasientene. Men pasientene oppfattet ikke det at sykepleiere kom inn på pasientrommene og vekslet noen ord med dem, som samtaler for å bedømme deres situasjon. Korte møter ble riktig nok sett som tegn på positiv interesse og bidrog til at pasientene fikk tillit til sykepleierne. Sett i pasientenes perspektiv, hadde korte samtaler hvor de ble vist oppmerksomhet og gitt positive responser, helsefremmende kvalitet, men dette var fordi de virket sosialt bekreftende og emosjonelt støttende, og ikke fordi de bidrog til å klargjøre pasientenes problemer. Pasientmaterialet tyder på at korte samtaler ikke ble oppfattet som kommunikasjon hvor problemer i pasientens situasjon ble kartlagt. Det er mulig at pasientene benyttet anledningen til å ta opp forhold de ønsket å samtale om, men det er også mulig at pasienter oppfattet korte møter som lite egnet til å ta opp problemer og bekymringer med travle pleiere. Det er følgelig mulig at pasienter ikke formidlet tilstrekkelig informasjon med relevans for helhetlig faglig bedømmelse til sykepleierne. Dette understreker at den faglige hensikten med samtalene må kommuniseres klart og tydelig, slik at begge parter kan forholde seg til den.

Sykepleierne mente pasientene hadde behov for å fortelle om sine opplevelser. Åpenhet fra pasientenes side om tanker og følelser ('self-disclosure') var i seg selv til hjelp for pasientene, mente sykepleierne. Fortellinger kan et være hjelpemiddel for å skape mening i uvanlige og vanskelige situasjoner (Bruner 1997, Dallos 1997, Mattingly 2000). Her siktes det til "fortelling" som noe mer enn det at noen forteller en historie mens en annen lytter. Det dreier seg om fortelling som rekonstruksjon av mening og som bearbeiding av problemer

i livet, noe som fordrer aktivt arbeid (Bruner 1997). Sykepleierne gav positive responser og støtte til de pasientene som åpent fortalte om sine reaksjoner på situasjonen med kreft. Pasientfortellinger referert i sykepleiematerialet, gav nøkkelinformasjon om eksempelvis opplevelser av hjelpeløshet, men uten at sykepleierne fulgte opp og tok høyde for informasjonen. Grunnen kan være at det ikke er vanlig å bruke pasientfortellinger som kilder til “datasamling” for å kartlegge behov for sykepleie. Jeg antar at informasjon som kommer frem fra fortellinger, kan føre til flere fremgangsmåter for problemløsende hjelp dersom det legges mer vekt på fortellinger i kartleggingsarbeid. Det forutsetter at sykepleiere viser ferdighetsutøvelse ved å lytte aktivt etter faglig relevant nøkkelinformasjon.

Faglig informasjonsformidling og klinisk veiledning.

Pasientmaterialet har vist at informativ støtte var vesentlig for å redusere den psykiske belastningen og mestre situasjonen med kreft. Måten informasjon ble formidlet på var særlig viktig for pasienter som nylig hadde fått vite at de hadde kreft. Som hjelp til mestring ønsket pasientene generelt mer informasjon og fortløpende grundig informering, og å samtale mer med sykepleiere om kreften enn det som var tilfellet. Offentlige dokumenter som omhandler sykepleie til blant annet kreftpasienter, gir indikasjoner på at hjelp til selvhjelp er forventet (Sosial- og helsedepartementet 1997b, 1998a,b). Informasjon er en viktig kilde til å forstå hva som skjer og for å mestre situasjonen med kreft. Politiske føringer er her i tråd med pasientenes ønsker om mye og grundig informering.

Pasientene så det som fordelaktig at de greide å ta situasjonen med ro og fatning. Det kan være uttrykk for kulturelle normer, og ikke bare reaksjonsmåter for å tilpasse seg omstendighetene. Å mestre belastning er selvfølgelig et gode. Men å få kreft betyr brudd med det sedvanlige livet uten livstruende sykdom. Opplevelse av trussel mot livet medfører følelsesmessige reaksjoner, og pasientene må finne mening og fungere i vanskelige situasjoner

de ikke er familiære med. Bekreftende støtte er en mestringsressurs i slike situasjoner, men pasienter kan ha behov for hjelp ut over medmenneskelig støtte. Helsepersonell kan bruke veiledende samtalestrategier som hjelp til bearbeiding av inntrykk og normalisering av følelsesmessige tilstander, og som støtte til nyorientering og mestring (Dickson o.fl. 1993, Ohnstad 1996, Bjerke og Svebak 1997, Faulkner og Maguire 1998, Hargie o.fl. 1999). Intensjonen med klinisk veiledning bør være å gi hjelp til selvhjelp.

Jeg ser ikke bort fra at noen pasienter i mitt materiale kunne ha nytte av klinisk veiledning. Ingen fikk tilbud om det. Det var generelt ikke forventet, men ønskelig i noen situasjoner. For det ene uttrykte pasienter som var i vanskelige livssituasjoner at de hadde behov for å samtale med sykepleiere om hvordan de skulle forholde seg i fremtiden. For det andre var veiledning ønsket av noen pasienter like etter at de fikk beskjed om kreft. I de første timene etter at lege hadde informert om kreften, kom tankene om det nye i deres livssituasjon. Pasientenes reaksjoner bar preg av usikkerhet som følge av at mange nye spørsmål var ubesvart. Dette skapte behov for støtte både fra familie og fra personellet. Faglig hjelp for å bearbeide nye inntrykk og derigjennom bli bedre i stand til å fungere mentalt ble etterlyst. Noen pasienter som reiste hjem like etter at de fikk beskjed om å ha kreft, savnet tilbud om telefonisk oppfølging.

Pasientmaterialet er uensartet med hensyn til ønsker om samtaler om hjemmesituasjonen og fremtiden, og resultatene viser til få ønsker om samtaler som hjelp med følelser. Behov for støtte som fremmer psykisk velvære antas å være underestimert (Forsberg 1996). Faulkner og Maguire (1998) har pekt på behandlingsbehov for å bearbeide psykiske reaksjoner og mestre belastninger som oppstår når en får diagnosen kreft. Mange kreftpasienter som ikke får slik hjelp utvikler psykisk lidelse, og den kan vare ved i lang tid etter at situasjonen er blitt bedre eller stabil (op.cit.). Men undersøkelser har og vist at pasienter kan tilpasse seg sin skjebne med kreft uten profesjonell veiledning

som hjelp (Burton og Watson 1998). Tilbud som avvises bør respekteres, men klinisk veiledning bør være et tilbud til kreftpasienter som opplever situasjonen psykisk belastende. En forutsetning for å tilby veiledning, er naturligvis at sykepleierne har kompetanse og arbeidsvilkår for å innfri forventninger om faglig kvalitet i veiledningen. Det gjelder og for informasjon som etterspørres og forventes. For å høyne kvaliteten og samtale mer med pasientene, må sykepleierne ha den kompetansen dette forutsetter og faktiske muligheter til å samtale uforstyrret med pasientene.

Forvaltningens forventninger til faglig kompetanse.

Sykepleiere skal gjennom grunnutdanningen utvikle handlingskompetanse for å veilede pasienter, heter det i rammeplanen for grunnutdanningen (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000). Her ser en forskjell mellom offentlige forventninger til sykepleie og pasientenes forventninger. De fleste pasientene hadde ikke forventninger til sykepleie som veiledning i vanskelige situasjoner. Noen ønsket at det fantes tilbud om veiledning. Forvaltningens forventninger er ikke presist formulerte. Det er heller ikke klart hva kompetanse for å veilede ulike pasienter i ulike typer veiledningssituasjoner består i. Det er dermed uklarhet forbundet med hva som forventes hos nyutdannede sykepleiere.

Kreftsykepleie er et område hvor sykepleiere i dag kan spesialisere seg gjennom videreutdanning. I Rammeplan og forskrift for videreutdanning i kreftsykepleie (Kirke-, utdannings- og forsknings departementet 1999) heter det at kreftsykepleiere skal ”gi situasjonstilpasset undervisning, veiledning og informasjon til pasient, pårørende, medarbeidere og studenter”. Intensjonene for veiledning til de forskjellige målgruppene formoder jeg er forskjellige. Rammeplanene gir ikke svar på hvorvidt spesialiserte sykepleiere eller ”ordinære” sykepleiere bør tilby klinisk veiledning til kreftpasienter. Hvilken type veiledning sykepleiere skal tilby, bør drøftes og avklares nærmere i helsetjenesten og i utdanningsinstitusjonene. Klarhet i forventninger og

kompetansekrav må være en forutsetning for å kunne gi utdanning og etterutdanning av sykepleiere som skal fungere optimalt i praksis.

Videreutdanning i kreftsykepleie er et eksempel på spesialisering som i vårt land ble startet som bedriftsintern utdanning. I 1997 ble det besluttet at slik utdanning skulle overføres til høgskolesystemet, og i 1999 forelå Rammeplan og forskrift for videreutdanning i kreftsykepleie (op.cit.). I det sykehuset hvor min undersøkelse ble gjennomført, har man hatt kreftsykepleier ansatt i poliklinisk virksomhet de siste 15-20 årene. I de avdelingene som var involvert hadde man ikke kreftsykepleiere da undersøkelsen ble foretatt. Sykepleierne hadde ingen klare formening om hva kreftsykepleier skulle bistå dem med. Noen tilkalte henne for å bistå med praktiske problemløsninger for enkelte pasienter. Noen få fikk faglig veiledning dersom de ba om det. Veiledning av pasienter ble ikke nevnt som et tilbud til innlagte pasienter.

Mine funn viser at sykepleiere ikke gjennomførte alle faser i klinisk veiledning. Det kan tyde på manglende opplæring, mangelfull oppmerksomhet for å fange opp behov for veiledning, eller at dette oppfattes som et nytt spesialområde som skal ivaretas av kreftsykepleiere. Her ser jeg muligheter for uklare rolleoppfatninger som følge av lite presise forventninger til kompetanse hos henholdsvis sykepleiere med grunnutdanning og sykepleiere med spesialisering i kreftsykepleie.

Samfunnets behov for sykepleie, forskning i sykepleie, og forskning og utvikling innen medisin og teknologi har virket inn på utviklingen av sykepleien. Mot slutten av det 20. århundret beveget sykepleien seg i spesialiserte retninger (Bradshaw 2000). Profesjonelle bånd og kompetanse som behøves i nye roller har blitt langt mindre klare enn tidligere. Funn i mitt materiale viser at forventninger til kompetanse som behøves hos henholdsvis sykepleiere og kreftsykepleiere ikke er klare.

Uklare forventninger har ført til forvirring og paradokser med hensyn til moderne sykepleieridentitet, hevder Bradshaw (op.cit.). Endringer i sykepleierollen og forventninger til kreftsykepleie som en relativt ny type spesialsykepleie bør klargjøres mer og kommuniseres i fagkulturen. Endringer i yrkesrollen har praktiske implikasjoner. Forvaltningens forventninger til kompetanse hos personellet må for det ene kommuniseres klart til utdanningsinstitusjonene, og for det andre danne basis for læring hos sykepleierne. Pasienter må og gjøres kjent med hva de kan tilbys av tjenester, dersom de selv skal kunne velge om de vil ta i mot tilbud. Tar en alle nevnte forhold i betraktning, er det rimelig å anta at det vil ta noe tid før fagkulturen avspeiler forvaltningens nye forventninger i form av vist dyktighet i utøvelse av sykepleie til kreftpasienter.

5.2 Kultur og forventninger til profesjonell kommunikasjon

Studiens problemstilling er formulert som to spørsmål. Det første av disse, spørsmålet om partenes meninger om samspillet helsefremmende kvalitet, er belyst ovenfor i punkt 5.1. Det andre spørsmålet er knyttet til faggruppens kulturelle forankring. Problemstillingen dreier seg om faglige oppfatninger om kommunikasjonens betydning, syn på kompetanse og på faglig kvalitet i kommunikasjonsforholdet mellom sykepleiere og kreftpasienter, slik dette kommer til uttrykk i fagkulturen. I det følgende drøftes handlemåter, meninger og verdier som er forankret i sykepleierkulturen.

Brytning mellom tradisjonelle og nyere “sannhetsverdier”.

En pasient mente tradisjonelle verdier kunne gå tapt når sykepleiere i dagens samfunn tilegnet seg mye nytt. Han peker på “motsatte sannheter” eller antinomier; 1) tradisjonell fagkunnskap forankret i omsorgsverdier er avgjørende for god praksis, men 2) endringsevne og tilegnelse av ny kunnskap forankret i andre verdier enn humanistiske omsorgsverdier, er og avgjørende for god praksis. Sykepleiermaterialet gir belegg for at begge påstander var å forstå som “sanne”.

Fagkunnskap tilegnet gjennom sykepleierutdanningen gav noen føringer for hva sykepleierne mente var viktig for pasientene. Utdanningen var i høyere grad holdningsskapende enn den var et "middel" for å tilegne seg handlingsberedskap og kommunikasjonskompetanse. Skolens verdier hadde naturlig nok en ikke uvesentlig betydning, fordi verdiene bidro til å bevare sykepleiernes fagidentitet. Sykepleierne mente utdanningen la omsorgsverdier til grunn i undervisning om faget. For blant annet å unngå forvirring med hensyn til sin fagidentitet, holdt sykepleierne fast på omsorgsverdier. I praksis gav dette seg utslag i positive holdninger til pasientene som individuelle personer, og ikke bare som kasus.

Mine funn har vist at tradisjonelle og nye forventninger til yrkesrollen i en travel hverdag kunne føre til opplevelser av frustrasjon; dette fordi hjelperen ville være en omsorgsfull medhjelper og en dyktig teknisk instrumentell hjelper. Da kunne sykepleiere "miste litt fatningen", som en pasient uttrykte seg om sin observasjon av frustrerte sykepleiere. Tradisjonell kunnskap ble utilstrekkelig. Tilegnet ferdighet og anvendelse av ny kunnskap var heller ikke tilstrekkelig i sammenheng med stor travelhet.

For å mestre utfordringen med mange og komplekse oppgaver best mulig, så sykepleierne kunnskap og ferdigheter de hadde utviklet på arbeidsstedet som mere avgjørende enn tradisjonell fagkunnskap tilegnet i løpet av sykepleierutdanningen. Teori om omsorg knyttet til kommunikasjon med pasienter, var "tause" idealer å strebe mot. Sykepleierne viste positiv vilje til omsorgsfull kommunikasjon, også i situasjoner hvor de følte at de ikke strakk til. Men det hendte de kompromisset med egne idealer, og unngikk pasienter for å "spare tid". Uten idealene, sto omsorgspraksis og sykepleieidentitet i fare. Omsorgsverdiene var forankret i fagkulturen, og opprettholdt som "sannheter". Verdier som lå til grunn for effektiv instrumentell praksis, var

antinomiens “motsatte sannhet”. I denne konteksten ble praktiske oppgaver verdsatt; og de måtte utføres. Verdiene var forankret i kulturen i institusjonen.

Sykepleierne mente tradisjonelle og nye verdier var “sanne”, men ofte var de vanskelige å forene. Brytning mellom verdier lå til grunn i beslutningsprosesser. Undersøkelsen viser at det ut fra både nye forventninger om instrumentell praksis basert på medisinsk og teknologisk kunnskapsutvikling, og tradisjonelle forventninger til omsorg og støttende kommunikasjon, alt ytet innen stramme tidsrammer, oppsto problemer med integreringen. Begge de to typer faglig virksomhet er av betydning for pasientenes helse og livskvalitet. En kan følgelig se behov for mer kunnskap om hva som kan være hensiktsmessige fremgangsmåter for å integrere fokus på person og helseproblem. Dimensjoner som skapte frustrasjon var for det ene tradisjonelle og nye forventninger til omsorg og behandling, for det andre opplevelse av travethet som følge av forventninger til å gjennomføre en stor mengde oppgaver, og for det tredje sykepleiernes opplevelse av å ha kompetanse eller mangelfull kompetanse for å møte det totale forventningspresset. Realistiske og oppnåelige forventninger til kompetanse og kvalitet bør føre til mindre opplevelse av frustrasjon enn den personellet som deltok i undersøkelsen gav uttrykk for.

Kommunikasjonens posisjon.

For å forstå kulturell mening om et fenomen, er det hensiktsmessig å se etter hvilken posisjon fenomenet har i kulturen hevder Bruner (1997, 1998).

Kommunikasjonsforholdet er ovenfor blitt sammenholdt med andre faglige oppgaver. Ut fra ovenstående, vil jeg hevde at antinomier ble “skjevt balansert”. I sykepleiernes hverdag hadde biomedisinske og praktiske ”produksjonsoppgaver” så stor betydning at faglig støttende kommunikasjon ble noe overskygget. Min undersøkelse har vist at både pasienter og sykepleiere ønsket å samtale mer om forhold i pasientens situasjon enn de erfarte. Ideelt sett burde kommunikasjonsforholdet ha en noe høyere prioritet

enn tilfellet er. Resultatene antyder behov for å gi informasjonsutveksling, pasientundervisning og veiledning en sterkere posisjon i sykepleie.

Pasientene observerte sykepleiernes handlinger, og vurderte dem i lys av arbeidssituasjonen og måter arbeidet var organisert på. De justerte sine forventninger til kommunikasjon i tråd med oppfatninger de dannet seg om at sykepleierne oftest ytet sitt beste og viste høg innsats innen knappe tidsrammer. Vilje til oppofrende innsats hos personellet ble verdsatt. Under de gitte forutsetninger var pasientene generelt tilfredse med samspillet med sykepleierne. Men mer kompetanse ble og etterspurt. Pasientene ønsket ideelt sett å samtale mer med sykepleierne. Det er grunn til å anta at de under andre omstendigheter ville verdsette og ha nytte av mer kommunikasjon.

Det stilles nye forventninger til ”produksjon” og kostnad-effektivitet i helsetjenesten (Asplund o.fl. 2000). Sykepleiermaterialet har vist at samtaler med pasientene var en ”salderingspost” i arbeidsprogrammet til sykepleierne. Sykepleierne prioriterte pleie av de syke som led mest. De prioriterte også klargjøring for å ta i mot nye pasienter. De utnyttet tiden, eksempelvis ved å stille inngående og personlige spørsmål i ankomstintervjuer, og senere skaffet de seg oversikt ved å ha korte samtaler med pasientene de hadde ansvar overfor. De brukte de ofte presiserende spørsmålsformuleringer for å få kortfattede svar. Dette var fremgangsmåter for å innpasse faglig kommunikasjonen i arbeidet med ”høy produksjon” av pleie til mange. Tidsknapphet førte til vanskeligheter med å organisere arbeidet og tilrettelegge for samtaler. Det førte videre til tilfeldige samtaler. Forholdet her setter lys på, understreker kommunikasjonens sekundære posisjon i den samlede faglige virksomheten.

Kvaliteten på prosessene bestemmer kvaliteten på resultatene, hevder Stensaasen og Sletta (1993). Mine funn har vist at både pasienter og sykepleiere mente kvalitet i prosessene ble redusert av travelhet. Behov for mer kompetanse ble også påpekt. Å legge til rette for tilegnelse av mer

kompetanse gjennom ferdighetstrening, kan være en måte å sikre best mulig kvalitet i prosessene på. Det gjelder generelt, og særlig i situasjoner hvor sykepleiere opplever travelhet. God kvalitet i kommunikasjonsprosessene, kan bidra til at knappe ressurser i helsetjenesten utnyttes på en effektiv måte. Men kommunikasjonskompetanse sikrer ikke alene god kvalitet. I konteksten hvor undersøkelsen er gjennomført, synes kompetanse på individuelt nivå, rammevilkår på institusjonelt nivå og organisering av arbeidsprogrammet i avdelingene å være avgjørende faktorer for kvaliteten i kommunikasjonsforholdet mellom sykepleiere og kreftpasienter.

Læreformer og faglig fellesskap på arbeidsstedet.

Sykepleie er et yrke hvor det forventes at nye utøvere har tilegnet seg profesjonell kommunikasjonskompetanse. Videre viser yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at det forventes at sykepleiere holder seg faglig à jour og vedvarende tilegner seg mer kompetanse (Norsk sykepleierforbund 1983). Tilegnelse av kommunikasjonskompetanse er en avgjørende forutsetning for kvalitet i kommunikasjonsprosessene. Kompetanse tilegner en seg gjennom vedvarende øving, og vedvarende øving er en forutsetning for å møte spesifikke fordringer fullt og helt, hevder Brezinka (1988).

Kompetanse som ideal fremhever personlig aktivitet, ansvarlighet og streben etter perfeksjon (op.cit.). Det blir videre hevdet at kompetanse ikke kan skilles fra verdier som ligger til grunn for praksis (Manley og Garbett 2000).

Mine funn har vist at det er positiv vilje til vedvarende ferdighetslæring, og sykepleierne gav uttrykk for at de ville yte sitt beste. Sykepleierne, som hadde fra ett til mer enn ti års yrkeserfaring, mente de lærte, blant annet gjennom å prøve seg frem og høste erfaringer av sin kommunikasjon med kreftpasienter. Kompetanse tilegnet gjennom medlæring og tilfeldige innslag med intendert læring i praksis tyder på interesse og motivasjon for læring. Sykepleierne lærte av å evaluere effekten av sine handlemåter i konkrete situasjoner. De observerte hvorvidt ferdigheter de anvendte var hensiktsmessige for å nå

faglige mål. Det er i seg selv en side ved målrettet, situasjonstilpasset ferdighetsutøvelse (Hargie o.fl. 1990, Dickson o.fl. 1993). Sykepleierne så det som betydningsfullt at de ikke kommuniserte prosedyremessig. De så følgelig ikke rutinepreget kommunikasjon eller "sykesengsmanerer" som Jourard identifiserte på 1970-tallet som hensiktsmessig (Jourard 1971). Her har muligens undervisning i nyere sykepleieteorier hatt positiv virkning på sykepleiernes holdninger og praksis.

Materialet har ikke vist at det forekom institusjonelle former for kommunikasjonsundervisning i tilrettelagte læresituasjoner, eksempelvis i internundervisning, faglig veiledning eller møter/faglige fora i staben. Det forekom heller ikke da sykepleierne var nyansatte. I en rapport om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med somatisk sengepost, hevdes det at en klar majoritet av de nyutdannede møter en "hopp og svøm"-introduksjon hvor de forholdsvis umiddelbart får fullt ansvar (Havn og Vedi 1997). Sykepleierne arbeider i spesialiserte avdelinger. I slike omgivelser vil det alltid være behov for flere typer nøkkelkompetanse enn det som kan forventes hos nyutdannede, hevder Watkins (2000). I mitt materiale ser en at det er på arbeidsstedet sykepleierne lærer det de etter egen bedømmelse *må* beherske. I første omgang dreier det seg om praktiske og administrative oppgaver. Ferdigheter og fremgangsmåter i profesjonell kommunikasjon, lærer de ikke en gang for alle. Vedvarende medlæring er derimot en del av den faglige praksis.

Kulturen som ressurs.

I pleiefellesskapet opplevde sykepleierne miljøet som trygt og støttende. Her hadde de en læringsarena som ble benyttet dersom de sto overfor vanskelige situasjoner eller problemer med kommunikasjonsforhold til pasienter, men og når de lyktes med fremgangsmåter i kommunikasjon med pasienter.

Sykepleierne i denne fagkulturen brukte støtten i fellesskapet som hjelp for å mestre egne reaksjoner på vanskelige utfordringer. Det forekom at sykepleierne kjente på opplevelser av utilstrekkelighet og mangelfull kvalitet i arbeid de hadde utført. Dersom sykepleierne tok opp slike problemer med sine kolleger, opplevde de pleiefellesskapet som støttende. Dessuten ble problemer, løsninger og måter å kommunisere med pasientene på, drøftet i dette pleiefellesskapet. Felles verdier og meninger lå til grunn for denne støtten.

Felles verdier og meninger blir skapt i kulturelle fellesskap (Bruner 1997, 1998). En oppfatning sykepleierne i denne kulturen hadde til felles, var at de som arbeidet her, var de som hadde realistiske oppfatninger om god kvalitet i sykepleie til kreftpasientene. Det var her en “visste” hva som var normer for god praksis. Normer utledet fra teori spilte en mindre aktiv og tilsynelatende “taus” rolle. Skolens normer var idealer. Kulturens normer var utviklet på grunnlag av erfaringer. De fungerte som rettesnor for praksis. De ble også lagt til grunn når sykepleierne gav hverandre støtte og tilbakemeldinger på mestring av problemer i praksis. Det bidro til å dempe frustrasjoner som fulgte av urimelig høye forventninger. På den måten fungerte kulturens normer som hjelp for å oppleve at en mestret det daglige arbeidet slik det var forventet i miljøet.

Læring som en formalisert del av virksomheten.

Kommunikasjonsundervisning ble ikke tilbudt på arbeidsstedet til sykepleierne. Det kan tyde på at ledelsen ikke hadde oppmerksomhet, kunnskap eller mulighet for å tilrettelegge for egnede institusjonelle læreformer. Her ser jeg behov for å sette inn ressurser og organisere arbeidet på slik måte at læring blir en formalisert del av den faglige virksomheten på arbeidsstedet, og gir læring status som noe av verdi i den profesjonell helsetjenesten.

Det er behov for mer fokusering på planlegging, organisering og tilrettelegging for øving på arbeidsstedet. En ser tilsvarende behov i engelsk helsetjeneste. Der går en nå inn for å imøtekomme behovet ved å innføre arbeidsbasert læring på arbeidsstedene (Flangan, Baldwin og Clarke 2000, Manley og Garbett 2000, Watkins 2000). Arbeidsbasert læring beskrives som en strukturert tilnærming til læring og profesjonell utvikling. Læreformen kan være planlagt gruppeaktivitet med refleksjon over praksis. Erfaringer blir teoretisk belyst og fulgt opp stegvis med observasjon, før det blir gitt tilbakemelding på utøvelse, støtte og meningsutveksling i kritisk dialog (Manley og Garbett 2000). Metoden har potensiale for å bygge bro over gap mellom teori og praksis, og tilnærmingen sikter mot resultater som kommer til syne i praksis (Flangan, Baldwin og Clarke 2000). I mitt materiale finner jeg at sykepleierne på uformell måte bygget broer mellom individuelle og kollektive læreformer, gjennom samtaler om tilfeldig medlæring og om problemstillinger de sto overfor. Læring kan bli mindre tilfeldig dersom erfaringer drøftes i formalisert undervisning hvor en anvender “arbeidsbasert læring” eller lignende metoder. Jeg ser behov for en læringsarena hvor det på institusjonsnivå tilbys kommunikasjonsundervisning, støttes opp om læring i det kulturelle fellesskapet og legges til rette for ferdighetslæring og drøfting av hensiktsmessige fremgangsmåter i kommunikasjon med kreftpasienter.

5.3 Studiens begrensninger og bidrag til forskning på feltet

Undersøkelsen er en begrenset beskrivende og fortolkende studie, og den er utført i en bestemt kontekst. Dataene er innhentet ved ett sykehus, og de anvendes i en fortolkning for å forstå sosiale fenomener i en bestemt type kontekst. Materialet anvendes ikke for å forklare eller predikere tilsvarende virksomhet i andre sykehus. Arbeidet har likevel verdi ut over konteksten, ved å være en fortolkning av sosiale fenomener. Hensikten med arbeidet er å beskrive og forstå hvordan samspill mellom kreftpasienter og sykepleiere oppleves av aktørene, og bringe frem hypoteser om kvalitet, faglig dyktighet

og aktuelle forhold i fagkulturen. Jeg har tilstrebet å gi et troverdig bidrag til kunnskapen vi har om kvalitet i helsetjenester, og om dyktighet og kunnskap hos en faggruppe.

Problematikk jeg har tatt opp og belyst, er kompleks av natur. Jeg kan ikke utelukke at forhold med innvirkning på pasienter og/eller sykepleiere sine meninger, ikke er blitt belyst eller tatt i betraktning. Forskerens intervjuende ferdigheter har og en avgjørende rolle for å få frem informantenes perspektiver på grundig og korrekt måte. Spørreskjemaet er ikke testet gjennom pilotundersøkelser, men utviklet ut fra spørsmålsstillinger og antagelser. Hensikten var å bringe frem informasjon som kunne underbygge antagelser eller gi indikasjoner om alternative hypoteser.

Wahl, Rustøen og Hanestad (2000) hevder at selvrapporing av livskvalitet uavhengig av metode vil la seg påvirke av ulike forhold knyttet til den sosial konteksten, og at språklige og kulturelle forskjeller vil påvirke kunnskap som kommer frem. Kreftpasientenes opplevelser av helse relatert livskvalitet er ikke et direkte resultat av samspillet med sykepleierne, men en opplevelse som følge av flere forhold, og der i blant kommunikasjonsforholdet. Andre forhold i sykehuskonteksten og forhold i pasientens helsemessige og sosiale situasjon, vil påvirke livskvaliteten. Det vil derfor være vanskelig å beskrive eller måle direkte sammenhenger mellom støttende kommunikasjon og helse relatert livskvalitet. Det har jeg ikke gjort forsøk på. Jeg har derimot fokusert på hva pasienter forventer og mener om kommunikasjonsforholdet og dets betydning for opplevelse av helse relatert livskvalitet.

Brede forskningsinnsatser må til når det dreier seg om sosiale og kulturelle kvaliteter i sykepleie, hevder Asplund o.fl. (2000). I den henseende er studien et enkeltstående bidrag som belyser forhold ved sykepleiekulturen. Fagkulturen er en delkultur i strukturer av delkulturer i institusjonen og i samfunnet i øvrig. Undersøkelsen gir kunnskap om verdier som ligger til

grunn for prioriteringer og handlemåter. Studien av pasientgruppens og faggruppens meninger om helsefremmende samspill, gav tilfang av informasjon som peker på områder hvor det er behov for kvalitetsutvikling. Materialet utfordrer også til å se nærmere på organisering og ledelse av virksomheten. Et spørsmål som trer frem fra en betraktning av resultatene samlet, er hvorvidt mer tid til samtaler vil føre til bedre resultater for pasientene.

Styrke og begrensinger ved teoretisk tilnærming.

Mitt arbeid gir informasjon om kommunikasjonsforholdets betydning for pasientenes opplevelser av livskvalitet. Oppfatninger om kommunikasjonsforholdet er analysert og fortolket i lys av teori om psykososial støtte og helserelatert livskvalitet. Preliminært viser resultatene at fire typer støttende kommunikasjon har betydning for helserelatert livskvalitet. Det dreier seg om informativ støtte, emosjonell støtte, instrumentell støtte og sosial/kulturell støtte (House 1981). Delkomponenter for helserelatert livskvalitet er beskrevet som fysisk, psykisk, åndelig og sosial velvære og fungering (Padilla o.fl. 1992). Livskvalitetsperspektivet gav en hensiktsmessig begrepsramme for å fortolke og forstå partenes syn på helse/livskvalitet hos kreftpasienter i sykehus. Jeg har valgt å sammenstille resultater for støtte og livskvalitet ut fra en inndeling i typer/undergrupper for støtte, og ikke ut fra inndeling i delkomponenter for helserelatert livskvalitet. På den måten får jeg fremhevet de faktorene som ble vektlagt av informanter i min undersøkelse.

Støttebehov, forventninger om støtte og motsvarende handling, antyder kvalitet i prosessene, men er ikke beskrevet ut fra direkte observasjon. Meninger om kommunikasjonsforhold og livskvalitet, ledet til antagelser om sammenhenger mellom profesjonell kommunikasjon og opplevelse av helse/livskvalitet i subjektiv forstand.

Jeg har anvendt begrepet kompetanse for teoretisk å belyse faglig dyktighet. Brezinka's begrepsforståelse ble valgt fordi den relaterer kompetanse til hensiktsmessig målrettet handling. Dessuten hevder Brezinka (1988) at kompetanse tilegnes gjennom vedvarende øving og læring. Kompetent handling har karakter av varige mønstre, men er spesifikk med hensyn til å møte bestemte krav og forventninger. I min undersøkelse er faglige krav og forventninger til sykepleie utledet fra teori, men også fra offentlige dokumenter, i den grad dette kommer klart frem i dokumentene. Fokus er oppfatninger om dyktighet hos en bestemt yrkesgruppe. Dette er lagt til grunn ved valg av teoretisk tilnærming. Til å belyse faktorer av faglig og pedagogisk karakter, var kombinasjon av flere teorier en styrke. Sykepleieteori om omsorg og kommunikasjon, og teori om kommunikasjon som sosial/kulturell ferdighet, kastet lys over komplekse utfordringer yrkesgruppen står overfor i møte med pasienter. Blant annet satte teorivalget lys på omsorgsfaktorer som væremåte/fremtreden, ferdighet i å gi positiv respons og evne til innlevelse og kulturforståelse. I teori ble bestemte målretta fremgangsmåter for profesjonell kommunikasjon belyst. Teorivalget gav samlet et bredt, men tematisk relevant grunnlag for den forståelse av dyktighet i sykepleie som er lagt til grunn og videreutviklet i en hermeneutisk prosess.

Et kulturpsykologisk teoriperspektiv (Bruner 1990, 1997, 1998) er valgt for å belyse fagkulturens verdier, kunnskap og handlemåte. For min undersøkelse er en styrke ved valgte teori, dens fokus på mening og praxis hos personer i kulturelle grupper. Jeg har i min undersøkelse fokus på en gruppe personer og faggruppens kulturelt forankra meninger om egen praksis. Hadde min hensikt vært en annen, eksempelvis å beskrive maktforhold mellom sykepleiere og pasientgrupper, eller mellom sykepleiere og andre personellgrupper, ville en sosiologisk tilnærming og valg av for eksempel Bourdieu's kulturteori, være mer hensiktsmessig.

Studiens bidrag til forskning på feltet.

I store trekk viser studien at pasienter og sykepleiere hadde sammenfallende forventninger til samspill, og at pasientene generelt var tilfredse med den faglige støtten. Selv om sykepleierne langt på veg imøtekom pasientenes forventninger, viste resultatene at pasientene *ideelt sett* hadde behov for mer og faglig bedre kommunikasjon i noen sammenhenger. Med hensyn til profesjonell kompetanse, i betydningen å møte forventninger i enhver situasjon fullt og helt, viste mine funn behov for å høyne den faglige kompetansen. Det dreier seg for det ene om dyktighet i å sette seg inn i pasienters problemopplevelser, for det andre om evne til å informere entydig, forståelig og grundig, og for det tredje om å anvende fremgangsmåter i klinisk veiledning til kreftpasienter som opplever situasjonen svært belastende.

På arbeidsstedet ble det ikke gitt undervisning eller tilrettelagt for kommunikasjonstrening. Sykepleierne lærte gjennom erfaring og diskusjon med kollegaer. Undersøkelsen satte også lys på mangler ved kommunikasjonsundervisningen i grunnutdanningen i sykepleie. Fremgangsmåter i faktaformidling og i klinisk veiledning var ikke undervist til sykepleierne eller gjort til gjenstand for øving i løpet av utdanningen. Dette understreker at undervisningen til sykepleierstudentene bør omfatte mer kommunikasjonsundervisning og -trening.

Oppmerksomhet mot person og mot helseproblemer.

Studien søker å belyse sykepleiens sammensatte praksis, med fokus mot både personers opplevelser og mot problemer og -løsninger i tilknytning til at kreft rammer kroppen. Resultatene viser at sykepleiere tilstreber å bli kjent med personene som har helseproblemer, men at travelhet her oppleves som et problem. Ofte må sykepleierne prioriterer praktiske oppgaver og skaffe seg en viss, men overflatisk oversikt over pasientenes problemopplevelser og perspektiver.

Sykepleierne hadde mange oppgaver av praktisk og teknisk karakter. Hverdagen ble i stor grad styrt av praktiske oppgaver. Medmenneskelig omsorg sto sentralt i sykepleierkulturen, men samtaler med pasienter måtte ofte utsettes eller vike for oppgaver av medisinsk karakter. Smertebehandling var en type medisinske behandlingsoppgaver som sykepleiere prioriterte, og pasientene verdsatte at sykepleierne samarbeidet med dem for å finne gode løsninger på smerteproblemer.

Mer tid til å samtale etterspørres av både pasienter og sykepleiere.

Både pasienter og sykepleiere ønsket å samtale mer om sykdommen. Pasientene etterspurte mer og fortløpende grundig informasjon om det som skjer i sykehuset, og sykepleierne ønsket mer tid til samtaler for å hjelpe pasientene til å sette ord på følelser og reaksjoner på å ha kreft. Ofte utkjempet sykepleierne en kamp mot tidsknapphet i hverdagen. Knapphet på tid begrenset mulighetene for å samtale mer.

Etiske overveielser var en “selvfølgelighet” i denne kulturen.

For det ene ble omsorgsverdier betraktet som fundamentale sykepleiefaglige verdier. For det andre prioriterte sykepleierne ut fra biomedisinsk tenkemåte dersom det var stor travelhet i avdelingen. Da gikk behandling av sykdom og lidelse foran medmenneskelig omsorg og støttende kommunikasjon. Det lå etiske overveielser til grunn for hva som ble prioritert av henholdsvis omsorgspraksis og biomedisinsk praksis. Avveininger var vanskelige, men nødvendige, og de forekom ofte. Å forholde seg til denne type etiske dilemmaer i det daglige arbeidet, var en selvfølgelig nødvendighet. I denne fagkulturen synes overveielser i seg selv å være et kulturelt trekk, som en “selvfølgelig” del av praksis.

Problemer knyttet til travelhet ble drøftet i fellesskapet. Det forekommet at sykepleiere la frem for sine ledere at travelhet var et problem. Men

sykepleierne reiser ingen debatt med ledere eller andre i institusjonen om verdien av henholdsvis omsorg eller teknologi. De utkjempet ikke polemiske strider og argumenterte ikke for å få rett i at tradisjonell omsorg i sykepleien forutsatte mer tid enn den som var stilt til rådighet. Biomedisinske mål og verdier var førende og lå til grunn for institusjonens tenkning. Denne tenkningen synes å omfatte “selvfølgeligheter” eller “svarte bokser” som Latour (1987) benevner mønster og sammenstillinger av elementer som tas som selvfølgeligheter.

Sykepleierne var henvist til å foreta prioriteringer gjennom hele arbeidsdagen. Medisinsk og praktisk hjelp ble prioritert fordi en “måtte” prioritere den type oppgaver. Kommunikasjonsforholdet hadde en underordnet betydning i institusjonen. Ofte ble samspill fortrent av andre oppgaver; - samspillet ble i realiteten en salderingspost i arbeidsprogrammet. Fagkulturen var sterkt påvirket av biomedisinske verdier, men sykepleierne “tviholdt” på omsorgsverdier som gav dem deres særegne fagidentitet. Det tegner seg et bilde av en fagkultur med et idealistisk og helhetlig syn på omsorgs- og behandlingsverdier, heller enn å være forankra enten i biomedisinsk eller humanistiske verdier. Idealene ble holdt levende i et fellesskap som til daglig kjempet for å rekke over flest mulig oppgaver og samtale mest mulig med personer som var i pasientrollen.

Fagkulturen var en ressurs for læring og kunnskapsutvikling.

Studien har vist at det kulturelle fellesskapet blant personellet i den enkelte avdeling/enhet ble oppfattet som en viktig ressurs for vedvarende øving, utvikling av felles kunnskap og mestring av faglige utfordringer.

Studien viser at fagkulturen stimulerte til vedvarende læring og skapte et gjensidig læringsfellesskap. Studien gir ikke svar på hvordan det trygge miljøet og læringsfellesskapet var blitt til og vedlikeholdt. En grunn kan være at sykepleierne arbeider med helsefaglige problemstillinger hvor de kom nært

innpå menneskers lidelse, tap og sorg; - å lindre lidelse og fremme liv og helse gav felles mening.

Sykepleierne hadde utviklet et gjensidig læringsfellesskap, hvor de lærte av hverandre i en interaktiv prosess. Dette skapte kulturelle muligheter for å møte forventninger og krav. Med tanke på å fremme kvalitet i de tjenestene som tilbys pasientene, trenger vi mer kunnskap om de kulturelle muligheter og hindringer som faglige fellesskap utvikler.

LITTERATURLISTE

- Al-Kandari, F (1998): Patient's and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of advanced Nursing*; 27, 5: 914-21.
- Alvesson, M og Sköldbberg, K (1994): *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- Anderson, S B, Ball, S, Murphy, R T o.fl. (1974): *Encyclopedia of Educational Evaluation*. San Francisco: Jossey - Bass Publishers.
- Arnold, W E (1991): Listening and the helping professions. I: Borrisoff, D og Purdy, M (red.): *Listening in everyday life; a personal and professional approach*. Lanham: University Press of America.
- Asbury, J-E (1995): Overview of Focus Group Research. *Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal, Saga Periodical Press*; 5, 414-20.
- Ask, F, Sletta, O (1995): Innledning. I: Ask, F og Sletta, O (red.): *Kommunikasjon som sosial og tverrkulturell kompetanse*. Trondheim: Tapir.
- Asplund K, Alton V, Nordberg A, Williams A (2000): Individuell vårdplanering - Hur ser det vetenskapliga underlaget ut? *Vård i Norden* 20; 46-49.
- Benner, P og Wrubel, J (1989): *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P og Gordon, S (1996): Caring Practice. I: Gordon, S., Benner, P. og Noddings, N. (red.): *Caregiving. Readings in Knowledge, Practice, Ethics, and Politics*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, s. 40-55.
- Berg, M (1982): *Personal og organisasjonsutvikling*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag.
- Bjerke, T og Svebak, S (1997): *Psykologi for høgskolen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bjerknes, M og Bjørk, I T (1994): *Praktiske studier; - perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo: Tano.
- Bradshaw, A (2000): Competence and British nursing: a view from history. *Journal of Clinical Nursing* 9; 321-329.
- Brataas, H V (1996): Feltstudie av sykepleiekvalitet. Samhandling og aseptikk i praksis. *Vård Nord* 16; 11-16.
- Brataas, H V (1998): Teknologi og omsorg; - to forenelige fokus i sykepleie? *Midt-Norsk Forum for Sykepleieforskning og Fagutvikling*.

- Medlemsblad; 1, 1: 10-11.*
- Brezinka, W (1988): Competence as an aim of education. I: Spiecker, B og Straughan, R (red.): *Philosophical issues in moral education and development*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
- Brinchmann-Hansen, Å (1993): *Prosjekt- og problembasert læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bruner, J (1990): *Acts of meaning*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Bruner, J (1996): What we have learned about early learning. *Europ Early Childh Educ Res J 4; 5-16.*
- Bruner, J (1997): *Utdanningskultur og læring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bruner, J (1998): *Uddannelseskulturen*. København: Gyldendal.
- Buunk, B P (1994) Stress at work, social support and companionship: towards an event-contingent recording approach. *Work Stress 8, 177-190.*
- Bråten, Stein (1998): *Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Burton, M og Watson, M (1998): *Counselling people with cancer*. Chichester, New York: John Wiley & Sons, LTD.
- Carey, M A (1995): Introduction. *Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal, Saga Periodical Press; 5, 4 s. 413.*
- Carlsen, G (1997): *Kan konst bota? Berättelser om antroposofisk läkekonst med ett symbolisk interaktionistisk perspektiv*. Trondheim: Avhandling; hovedfag helsefag ved NTNU.
- Charmaz, K (1995): Grounded Theory. I: Smith, JA, Harré, R og Langenhove, LV (red.): *Rethinking methods in psychology*. London: Saga Publications.
- Coffey, A og Atkinson, P (1996): *Making Sense of Qualitative data. Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, London: Saga Publications.
- Dallos R. (1997): *Interacting Stories*. London: Karnac Books.
- Dam, E (1995): Madeleine Leingers teori om sygepleje. I: Müller, K, Kusk, U. Og Toxboe, M. (red.): *Fokus på sygeplejen. Tema: Kultur*. København: Munksgaard.
- Denzin, K N og Lincoln, Y S (1994): Introduction. Entering the field of qualitative research. I: Denzin, KN og Lincoln, Y S (red.): *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London: Saga Publications.
- De Scantis, L (1994): Making anthropology clinically relevant to nursing care. I: *Journal of Advanced Nursing, 20, 707-15.*
- Dickson, D (1995): Læring av ferdigheter i kommunikasjon: Rollespill som instruksjonsmetode. I: Ask, F og Sletta, O (red.): *Kommunikasjon som sosial og tverrkulturell kompetanse*. Trondheim: Tapir.
- Dickson, D, Hargie, O og Morrow, N (1993): *Communication Skills Training for Health Professionals*. London: Chapman & Hall.
- Dreier, O (1999): Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. I: Nielsen K. and Kvale S. (red.): *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Eide, H og Eide, T (1996): *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fagermoen, M S (1993): *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Faulkner, A (1995): *Det professionella samtalet. Om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Liber Utbildning, Stockholm.

- Faulkner, A og Maguire, P (1998): *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oslo: Tano Aschehoug
- Fjelland, R og Gjengedal, E (1995): *Vitenskap på egne premisser*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Flangan, J, Baldwin, S og Clarke, D (2000): Work-Based Learning as a means of developing and assessing nursing competence. *Journal of Clinical Nursing* 9, 360-368.
- Foot, H C (1997): Humour and laughter. I: Hargie, O.D.W. (red.): *The Handbook of Communication Skills*. 2.ed. s. 259-285. London: Routledge.
- Forsberg, C (1996): Living with Cancer. Perceptions of Well-being. *Scand J Caring Sci* 10, 109-115.
- Fossåskaret, E (1997): Ustrukturerede intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. I: Fossåskaret, E, Fuglestad, O L og Aase, T H (red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fredriksson, L (1999) Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *J Adv Nurs* 30, 1167-1176.
- Frey, J H. og Mertens, O S (1995): *How to conduct interviews by telephone and in person*. Thousand Oaks, London: Sage Publication.
- Galbraith, M (1995): What kind of social support do cancer patients get from nurses? *Cancer Nursing* 18, 362-367.
- Geertz, C (1973): *The Interpretation of Cultures*. Basic Books. A Division of Harper Collins Publishers, printed in USA.
- Germain, C P (1979): *The cancer unit: An ethnography*. Wakefield, MA: Nursing Resources.
- Gitlin, A, Siegel, M og Boru, K (1993): The politics of method: From leftist ethnography to educative research. I: Hammersley, M (red.): *Educational research. Current issues*. London: The Open University.
- Goffman, E (1967): *Anstalt og menneske*. Viborg: Jørgen Paludans Forlag.
- Greenbaum, T L (1998): *The Handbook for Focus Group Research*. Second Edition. Thousand Oaks, London: Sage Publication.
- Grossman, S A, Sheidler, V R, Sweeden, K, Mucenski, J og Piantadosu, S (1991): Correlation of Patient and Caregivers Ratings of Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage* 6, 53-57.
- Grønmo, S (1987): Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i samfunnsforskning. I: Holter, H og Kalleberg, R (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, A (1996): Utgangspunktet er praksis - hva ellers? I: Dysthe, O (red.): *Ulike perspektiver på læring og læringsforskning*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.
- Gustafsson, B (1997): *Bekräftande omvårdnad; SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammersley, M og Atkinson, P (1992): *Feltmetodikk; grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hamran, T (1992): *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Hargie, O D W (1995): Kommunikasjon mellom mennesker - et spørsmål om ferdighet. I: Ask, F og Sletta, O (red.): *Kommunikasjon som sosial og tverrkulturell kompetanse*. Trondheim: Tapir.
- Hargie, O og Hargie, C (1995): Sosiale ferdigheter må inn på skolens

- læreplan.I: Ask, F og Sletta, O (red.): *Kommunikasjon som tverrkulturell kompetanse*. Trondheim: Tapir Forlag.
- Hargie, O, Saunders, C og Dickson, D (1987, 1994): *Social Skills in Interpersonal Communication, 3.ed.* London: Routledge.
- Hargie, O, Dickson, D og Tourish, D (1999): *Communication in Management*. Gower Publishing Limited, Hampshire.
- Hargreaves, D H. (1975): *Interpersonal relations and education. Revised student edition*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hauge, T E (1974): *Skolemiljø og elevholdninger. En undersøkelse blant elever i ungdomsskolen*. Trondheim: Tapir.
- Havn, V og Vedi, C (1997) *På dypt vann. Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med en somatisk sengepost*. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse.,
- Heggen, K (1995): *Sykehuset som "klasserom", Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heidenberg, I og Douhan, G R (1985): *Att bestämma patientens behov*. Uppsala: Institutet För Medicinsk Rätt AB.
- Helsedirektoratet (1992): *Helsedirektoratets veiledningsserie 2-92: Handlingsplan for infeksjonskontroll i norske sykehus*. Oslo: Forvaltningstjenestene. IK - 2386.
- Helsedirektoratet (1993): *Pasienterfaringer i kvalitetsarbeid*. Helsedirektoratets veiledningsserie 1-93.
- Henderson, V (1958/1990): Excellence in nursing. *American Journal of Nursing, April 1990*, s: 76-7.
- Hewstone, M (1989): *Causal attribution. From cognitive processes to collective beliefs*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Hilton, A (1997): Theoretical perspectives of nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*; 26, 1211-20.
- Hirsch, F R., Carlstedt, E og Hansen, H H (1998): *Onkologi*. København: Munksgaard. 2. Utgave.
- Holm, S og Schmidt, L (1995): Analyse baseret på "Grounded Theory". I: Lunde, I M og Ramhøj, P (red.): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. København: Akademisk Forlag.
- House J S (1981): *Work stress and social support*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Håkonsen, K M (1999): *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Isaksen, A S (1999): God behandling - mangelfull informasjon. *Kreftsykepleie 2*, 15-19.
- Jarrett, N og Payne, S (1995): A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing* 22; 72-78.
- Jensen, Ø (1992): *Pasienterfaringer med helsevesenet. En oppsummering av ti års forskning om forholdet mellom helsevesenet og brukerne*. Universitetet i Bergen: Senter for Samfunnsforskning, SEFOS.
- Jourard, S M (1971): *Away with the "Bed-side Manners"*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Karoliussen, M og Smebye, K L (1985): *Sykepleie - fag og prosess*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kim, H S (1987): Structuring the Nursing Knowledge System: A Typology of Four Domains. *Scolary Inquiry for Nursing Practice: An International*

- Journal, 1; 2, 99-110.*
- Kim, H S (1989): Theoretical thinking in nursing: Problems and prospects. *Recent Advances in Nursing, 24, 106-122.*
- Kirke-, utdannings- og forsknings departementet (1999): *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i kreftsykepleie.*
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000)*Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning.*
- Kirkevold, M (1992): *Sykepleieteorier - analyse og evaluering.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M (1996): *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kitzinger, J (1995): Introduction focus groups. *BMJ; 311, 299-302.*
- Kjølstad, S og Høverstad, T (1991): Fokusgrupper - presentasjon av en kvalitativ forskningsmetode. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening; 111, 26, s. 3194-6.*
- Knardahl, S (1998): *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Knutsen, I A R (1997): *Pasienttilfredshet med sykepleie. Publikasjonsserie 4/1997.* Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Krueger, R A (1994): *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research.* Second Edition. Thousand Oaks, London: Sage Publication.
- Kvale, S (1997): *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S. (1996): *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing.* Thousand Oaks, London: Sage Publications.
- Kvale, S (1993): En pædagogisk rehabilitering af mesterlæren? *DPT Tema: Skolelærer - læremester - mesterlære 1, 9-18.*
- Kyrkjebø, J M (1998): *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. En lærebok for helsefag-studenter.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Langer, S K (1993): *Philosophy in a New Key. A Study in the Symbolism of Reason, Rite, and Art. 3^d ed.* Cambridge: Harvard University Press.
- Larson, P J og Ferketich, S L (1993): Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalisation. *Western Journal of Nursing Research; 15, 6, 690-703.*
- Lazarus, R S og Folkman, S (1984): *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer Publishing Company.
- Latour, B (1987): *Science in action.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Lauvås, P og Handal, G (1990): *Veiledning og praktisk yrkesteori.* Gjøvik: Cappelen Pedagogikkbøker.
- Lave J. (1999): Læring, mesterlære, sosial praksis. I: Nielsen K. and Hvale S. (red.): *Mesterlære. Læring som sosial praksis.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Leininger, M M. (1991): The theory of culture care diversity and universality. I: Leininger, M M (ed.): *Culture care diversity & universality: A theory of nursing.* New York: National League for Nursing Press.
- Lincoln, S Y og Guba, E G (1991): *Naturalistic inquiry.* Newbury Park: Sage Publications.
- Linder-Pelz, S (1982): Towards a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine; 16, s. 577-82.*
- Lupton, D (1994): *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies.* London: Sage Publications.
- Lønstad, A (2000): Kvalitet i pasientveiledning - planlagt eller overlatt tilfeldighet? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2, 3-18.*

- McGhee, P E (1989): The Contribution of Humor to Children's Social Development. I: McGhee, P.E. (red.): *Humor and children's development: A guide to practical applications*. New York: The Hawthorne Press.
- Manley, K og Garbett, R (2000): Paying Peter and Paul: reconciling concepts og expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing* 9, 347-359.
- Martinsen, K (1991): Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. *Sykepleien Fagtidsskriftet*, 2: 2-29.
- Mathisen, J (1995): Sykepleie ved livets slutt. I: Kristoffersen, N J (red.): *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 289-330.
- Mattingly C (1998): *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Mays, N og Pope, C (1995): Rigor and qualitative research. *BMJ*; vol. 311, s. 109-12
- Merton, R K, Fiske, M og Kendall, P L (1956): *The Focused Interview. A manual of problems and procedures*. New York: The Free Press.
- Miles, M B og Huberman, M A (1994): *Qualitative Data Alalysis. 2nd ed*. London: Saga Publications.
- Mishler, E G (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Molander, B (1997): *Arbetets kunskapsteori*. Stockholm: Dialoger.
- Morgan, D L. (1988): *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park, London: Saga Publications.
- Morrison, P og Burnard, P (1992): *Omsorg og kommunikasjon; mellommenneskelige relasjoner i sykepleien*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Måseide, P (1997): Natur og kultur. I: Alsvåg, H, Anderssen, N, Gjengedal, E og Råheim, M (red.): *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nesse Å-M (1997): Det er helse i hvert håp. *Sunnhetsbladet* 117, 6-7.
- Nielsen, K og Kvale, S (1999): Mesterlære som aktuell læringsform. I: Nielsen K og Kvale S (red.): *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nightingale, F (1984): *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Noddings, N (1984): *Caring. A feminine approach to ethics & moral education*. Berkley: University of California Press
- Norgesnettrådet (1998): *Rammeplan for sykepleierutdanning - høring*. Oslo: Fagavdeling inkludert Statens lærerkurs i oppdrag fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).
- Norges Standardiseringsforbund. NS-ISO 8402 *Kvalitetsterminologi*. Norges Standardiseringsforbund. NS-ISO 9000-serien.
- Norsk sykepleierforbund (1983): *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Norsk sykepleierforbund (1990): *NSFs prosjekt. Kvalitet og standard i sykepleietjenesten. Kurshefte*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Ohnstad A. (1996): *Den gode samtalen*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Orem, D (1991): *Nursing. Concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book.
- Osgood, C E. (1962): Studies on the generality of affective meaning systems. *American Psychologist*; 17, s. 10-28.

- Padilla G V, Grant M M and Ferrell B (1992) Nursing research into quality of life. *Qual Life Res* 1, 341-348.
- Patton, M Q (1990): *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park London: Sage
- Pörn, I (1995): Vad er hälsa? I: Klockars, Kristian og Österman, Bernt (red.): *Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Stockholm: Lieber Utbildning.
- Rask Eriksen, T (1996): *Livet med kræft i et støtte- og omsorgsperspektiv*. København: Munksgaard.
- Repstad, P (1993): *Mellom nærhet og distanse; kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rolf, B (1995): *Profession, tradition och tyst kunskap*. Nora: Bokforlaget Nya Doxa.
- Romanus, R, Høst, H, Larsson, L-G, Rosengren, B og Rudenstam, C-M (1980): *Klinisk onkologi*. Stockholm: Esselte Studium.
- Rustøen, T (1996): Kan en gjennom god sykepleie gi pasienten håp? *Omsorg*, 4, s. 44-7.
- Rustøen, T (1998): *Hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients*. Bergen: University of Bergen.
- Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag (1989) *Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie*. Oslo Dep (KUF).
- Sachs, L (1987): *Medisinsk Antropologi*. Borås: Almqvist og Wiksell
- Selmer Å W (1997): Pasientinformasjon - undervisning. En utfordring for sykepleiere. *Vård i Norden* 18, 11-17.
- Sjetne I.S, . Veenstra M, Veenstra M, Pettersen K I, Diomski T, Høgheim S, Korsmo L og Vassbakk K (1999) *Pasienterfaringer 1996 og 1998. Reskva 2 Innherred sykehus. Utredningsrapport nr 46*. Sentralsykehuset i Akershus: HELTEF. Stiftelse for helsetjenesteforskning.
- Skaalvik, EM og Skaalvik, S (1996): *Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: Tano.
- Skaalvik, S (1994): *Voksne med lese- og skrivevansker forteller om sine skoleerfaringer*. Trondheim: Universitet i Trondheim.
- Sletta, O (1998): *Competence, communication and learning climate in organisations. An introduction*. Trondheim: NTNU. Paper presented at the open seminar within P2005, Extended enterprise Learning and decision support in manufacturing networks.
- Sletta, O (1990): *Sosial kompetanse og sosiale relasjoner*. Rapport nr 3 i publikasjonsserien fra prosjektet Samfunn – Individ – Kompetanse. Trondheim: Universitetet i Trondheim, Senter for Samfunnsforskning.
- Sosial- og helsedepartementet (1994-95): *St meld nr 35. Velferdsmeldingen*.
- Sosial- og helsedepartementet (1997a): *NOU 1997: 2: Pasienten først Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet (1997b): *NOU 1997: 20: Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartementet (1997c): *Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedepartement (1998a): *Ot prp nr 12. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*.
- Sosial- og helsedepartement (1998b): *Ot prp nr 13. Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*.

- Sosial- og helsedepartementet (1999-2000): *St.meld. nr. 28. Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000.*
- Statens helsetilsyn (1998 a): *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder.* Utredningsserie 2-98. IK-2615.
- Statens helsetilsyn (1998 b): *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider. Verktøy og teknikker i systematisk forbedringsarbeid.* Utredningsserie 3-98. IK-2616.
- Starrin, B (1996): *Grounded Theory – En modell for kvalitativ analys.*
I: Svensson, P-G og Starrin, B (red.): *Kvalitative studier i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.
- Stensaasen, S (1988): *Total kvalitetsstyring - en "tankerevolusjon i ledelse".* *Norsk Harvard; 1, 4-17.*
- Stensaasen, S og Sletta, O (1996): *Gruppe prosesser. Læring og samarbeid i grupper.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Stephenson, C (1991): *The concept of hope revised for nursing.* *Journal of Advanced Nursing; 16, s. 1450-61.*
- Stern, P N (1994): *Eroding Grounded Theory. I: Morse, J.M. (red.)* *Critical Issues in Qualitative Research Methods.* London: Saga Publications
- Strauss, A L. (1987): *Qualitative analysis for social scientists.* New York: Cambridge University Press.
- Streubert, H og Carpenter, D R. (1995): *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative.* Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Svebak, S (1987): *Humor og helse: et perspektiv på mestring av stress.* *Tidsskrift for Norsk psykologiforening; 24, 6, 355-361.*
- Tatarkiewich, W (1976): *Analysis of happiness.* Warszawa: Martinus Nijhoff.
- Tegern, G (1994): *Frisk och sjuk. Vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser.* Lindköping Studies in Arts and Science, Lindköping.
- Tegern, G (1995): *Vardagliga föreställningar om hälsa som balans. I: Klockars, Kristian og Österman, Bernt (red.): Begrepp om hälsa. Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård.* Stockholm: Lieber Utbildning.
- Thoits P A (1995): *Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? J Health Soc Behav Extra Issue, 53-79.*
- Thornquist, E (1998): *Klinikk, kommunikasjon, informasjon.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tofte, B (1996): *Total kvalitetsledelse - et feminint perspektiv på ledelse?*
I: Patriksson, Göran, Sletta, Olav og Tofte, Bkørg (red.): *Pedagogikk, idrett og samfunn i et internasjonalt perspektiv.* Kristiansand S: Høyskoleforlaget.
- Travelbee, J (1971): *Interpersonal aspects of nursing.* Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Trevarthen, C (1998): *The concept and foundations of infant intersubjectivity.*
I: Bråten, S. (red.): *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny.* Cambridge: Cambridge University Press, 15-46.
- Trost, J og Levin, I (1996): *Att förstå vardagen - med ett symbolisk interaktionistisk perspektiv.* Lund: Studentlitteratur.
- Undheim, O J. (1996): *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Valset, S (1990): *Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser.* Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Valset, S (1996): *Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser.*

- I: Kristoffersen, N J (red.): *Generell sykepleie I. Fag og yrke - utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget. S. 491-558
- Veenstra, M, Pettersen, K I., Guldvog, B, Krogstad, U, Skjellum, T, Dimoski, T, Høgheim, S og Vassbakk, K (1997): *Pasienterfaringer 1996. Reskva 2. Innherred sykehus. Evalueringsrapport 11/97*. Sentralsykehuset i Akershus. HELTEF, Stiftelse for helsetjenesteforskning.
- Vetlesen, A J og Nortvedt, P (1996): *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wahl A., Rustøen T. and Hanestad B.R. (2000) Livskvalitetsforskning. En diskusjon om hvordan ulike faktorer påvirker kunnskap om livskvalitet. *Vård i Norden* 20, 36-41.
- Watkins M.J. (2000): Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 9, 338-346.
- Wyller, I (1974): *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo: Fabritius.
- Yin, R.K. (1994): *Case Study Research. Design and methods*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.