

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: MP 303P

Navn på kandidat: Tor Ragnar Mikalsen

Master i praktisk kunnskap

---

”I trygge hender?”

En kvalitativ studie om trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende

---

Dato: 12.05.2017

Totalt antall sider: 127



**”I trygge hender?”**

**En kvalitativ studie om trygghet i møtet mellom  
sykepleier, pasient og pårørende.**

**Tor Ragnar Mikalsen**

**MP 303P**

**Master i praktisk kunnskap**

**2017**



# Innholdsfortegnelse

<b>Tittelside</b>	s. i
<b>Innholdsfortegnelse</b>	s. iv
<b>Sammendrag</b>	s. vi
<b>Forord</b>	s. vii
<b>Vedleggsliste</b>	s. viii
<b>1.0 Innledning</b>	s. 1
1.1 Tema for oppgaven	s. 1
1.2 Problemstilling	s. 3
1.3 Oppgavens struktur	s. 4
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b>	s. 5
2.1 Møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende	s. 5
2.1.1 <i>Sykepleien og sykepleierrollen – et historisk perspektiv</i>	s. 7
2.2 Etikk	s. 10
2.2.1 <i>Hva er moral og etikk?</i>	s. 10
2.2.1.1 <i>Moral</i>	s. 10
2.2.1.2 <i>Etikk</i>	s. 11
2.2.2 <i>Sentrale etiske teorier</i>	s. 12
2.2.2.1 <i>Konsekvensetikken</i>	s. 12
2.2.2.2 <i>Pliktetikken</i>	s. 13
2.2.2.3 <i>Dydsetikken</i>	s. 16
2.2.2.3.1 <i>Dydsetikk, nærhetsetikk og omsorgsetikk</i>	s. 18
2.2.3 <i>Yrkesetikk</i>	s. 20
2.2.3.1 <i>Kunnskap</i>	s. 23
2.3 Relasjon	s. 25
2.4 Identitet	s. 28
2.4.1 <i>Symbolisk interaksjonisme</i>	s. 29
2.4.2 <i>Sosial identitetsteori</i>	s. 30
2.5 Tillit	s. 31
2.6 Omsorg	s. 33
2.7 Trygghet	s. 34
2.7.1 <i>Hva er trygghet?</i>	s. 34
2.7.2 <i>Indre trygghet og ytre trygghet</i>	s. 35
2.7.3 <i>Trygghetens motsetninger</i>	s. 37
2.7.4 <i>Trygghet som behov</i>	s. 38
2.8 Kommunikasjon	s. 39
2.8.1 <i>Hva er kommunikasjon?</i>	s. 39
2.8.1.1 <i>Non – verbal kommunikasjon</i>	s. 40
2.8.2 <i>Samtale eller dialog?</i>	s. 40
2.8.2.1 <i>Dialogens idealer</i>	s. 43
2.8.3 <i>Profesjonell kommunikasjon</i>	s. 46
2.8.3.1 <i>Aspekter ved hjelpende kommunikasjon</i>	s. 47

2.8.4	<i>”Den gode samtalen”</i>	s. 48
<b>3.0</b>	<b>Metode beskrivelse</b>	s. 51
3.1	Innledning	s. 51
3.2	Kvalitativ metode	s. 53
3.2.1	<i>Fenomenologi – forstående studie</i>	s. 53
3.3	Gjennomføring av undersøkelsen	s. 55
3.3.1	<i>Utvalg</i>	s. 55
3.3.2	<i>Gjennomføring av intervjuer</i>	s. 56
3.3.3	<i>Bearbeiding av datamateriale</i>	s. 58
3.3.3.1	Transkripsjon	s. 58
3.3.3.2	Fenomenologisk analyse	s. 59
3.3.4	<i>Min rolle som forsker</i>	s. 61
3.3.5	<i>Forskningsetiske refleksjoner</i>	s. 62
3.4	Kvalitet i forskningsarbeidet	s. 63
<b>4.0</b>	<b>Presentasjon og drøfting</b>	s. 65
4.1	”... og da må man faktisk ta seg tid til å bli kjent med den andre” – møtet, relasjonen og identitetens betydning for trygghet	s. 65
4.1.1	<i>Drøfting: Møtet, relasjonen og identitetens betydning for Trygghet</i>	s. 67
4.2	”Da blir de sånne ulydighetsarbeidere...” – tilliten og omsorgens betydning for trygghet	s. 72
4.2.1	<i>Drøfting: Tilliten og omsorgens betydning for trygghet</i>	s. 75
4.3	”Godværspsykeleier – selv når det stormer” – Etikdens betydning for trygghet	s. 79
4.3.1	<i>Drøfting: Etikdens betydning for trygghet</i>	s. 82
4.4	”... og for at en samtale skal være en god og dyp nok samtale, så er trygghet avgjørende” – Kommunikasjonens betydning for trygghet	s. 87
4.4.1	<i>Drøfting: Kommunikasjonens betydning for trygghet</i>	s. 90
4.5	”... så min tanke er; at trygghet ikke er én ting, men mange ting” – Trygghet i møtet mellom sykeleier, pasient og pårørende	s. 94
<b>5.0</b>	<b>Avslutning</b>	s. 97
5.1	Sammenfattende drøfting	s. 97
5.2	Hva har jeg kommet fram til? – og hva betyr det?	s. 103
5.3	Undersøkelsens begrensninger	s. 104
	<b>Litteraturliste</b>	s. 105

## **Sammendrag**

I ethvert møte med helsevesenet er det i alles interesse at både pasienter og pårørende opplever trygghet i møtet. Dette er det mange som tar som en selvfølge, men som man kan se i denne studien er det ikke alltid tilfelle. Denne studien tar sikte på å vise hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for opplevelsen av trygghet i møtet med pasienter og pårørende.

Valgt metode for studien er kvalitative intervjuer, og informantene er personer som er plukket ut fordi deres yrke har relevans i forhold til tema for denne studien. Datamaterialet som har blitt samlet inn har også blitt bearbeidet i en fenomenologisk analyse.

De empiriske resultater har, sammen med relevant teori, blitt drøftet opp mot min problemstilling. Kari Martinsen, Aristoteles, Løgstrup, Schön og Nortvedt, samt mange flere, har alle teorier som har vært viktige i forhold til denne studien. Temaer som; omsorg, tillit, etikk, kommunikasjon, relasjon og selvfølgelig trygghet har vært viktig å ta med i forhold til mitt arbeid med denne studien. Mitt håp er at denne studien kan være et bidrag til at bevisstheten rundt dette med opplevelsen av trygghet i møtet med helsevesenet økes.

## **Abstract**

When people have to deal with the health service, we can agree that it is in everyone's best interest that both patients and their relatives experience safety in these meetings. Many people take for granted the experience of safety in these meetings, but this study will show that this is not always the case. This study will show how nurses can facilitate the experience of safety in the meetings with both patients and their relatives.

The chosen method of study is qualitative interviews, and the informants are persons who are selected because their occupation is relevant to the subject of this study. The data that has been collected has also been processed in a phenomenological analysis.

The empirical results have, along with relevant theory, been discussed against my research questions. Kari Martinsen, Aristotle, Løgstrup, Schön and Nortvedt, and others, have all theories that have been important in relation to this study. Themes like; Care, trust, ethics, communication, relationship and of course safety, has been important to include in relation to my work with this study. My hope is that this study can be a contribution to raising awareness about the experience of safety in the meeting with health services.

## Forord

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg forsøkt å skaffe meg en økt kunnskap om praktisk kunnskap i forhold til pasienter og pårørendes trygghetsopplevelse i møtet med helsevesenet. Årsaken til dette temaet ligger i at trygghet som tema er noe som har engasjert meg mye helt siden jeg startet på min sykepleierutdanning.

Denne utdanningen kan man nesten se på som en reise. En reise som har brakt meg ut på nye områder hvor jeg har lært og erfart mye som jeg kan ta med meg ”hjem” å bruke i min hverdag. Og det er jo nettopp det den praktiske kunnskapen handler om – erfaring og læring som man kan dra nytte av videre. Arbeidet med denne oppgaven spesielt og sykepleierutdanningen generelt kan man på mange måter si er min helt egen dannelsesreise.

Jeg ønsker å takke alle mine informanter for mange gode og lærerike innspill. De har, alle som en, åpnet seg og snakket om et tema som på mange måter kan være vanskelig å snakke om. Uten dem hadde det rett og slett ikke blitt noen oppgave.

Videre vil jeg rette en stor takk til mine flotte barna. De har gjennom både sykepleier studiet og gjennom arbeidet med denne oppgaven akseptert at Pappa har vært noe fraværende til tider. De er tøffe som har holdt ut med meg. Jeg ønsker også å takke min snille søster som har vært til god støtte i faglige diskusjoner, samt til god hjelp språkmessig. I tillegg ønsker jeg å takke min kjære samboer for god støtte i tunge tider.

Sist, men ikke minst, en stor takk rettes til ansatte på universitetet for gode faglige forelesninger, og for at de hadde troen på meg og gav meg utsettelse til jeg var klar til å sette i gang med dette arbeidet.

Sandnessjøen, 10.05.17

Tor Ragnar Mikalsen



## **Vedleggsliste**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Samtykkeskjema for informantene

Vedlegg 4: Brev fra NSD

Vedlegg 5: Utdrag fra Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleien

Vedlegg 6: Utdrag fra Helsepersonell loven

Vedlegg 7: Utdrag fra Pasientloven

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Tema for oppgaven**

Helt fra jeg begynte i min sykepleier utdanning har trygghet vært noe som har engasjert meg. Etter en personlig opplevelse hvor jeg var sammen med min datter på en rutineundersøkelse ved et lokalt sykehus, har dette med trygghet engasjert meg enda mer. Både under og etter denne undersøkelsen skjedde det noen refleksjoner hos meg i forhold til hvor viktig møtet mellom sykepleiere, pasienter og pårørende er. Hvordan sykepleieren møter pasienten og/eller pårørende kan være helt utslagsgivende for hvor trygg pasient og pårørende opplever møtet og helsevesenet. I tillegg kan kanskje kvaliteten på behandlingen eller undersøkelsene pasienten skal gjennom bli dårligere.

Som nevnt over skulle altså min datter på en rutineundersøkelse i MR-røntgen ved et lokalt sykehus. Personen som møtte oss var sur og grinete, og det var bare så vidt hun hilste på min datter og meg. Som en start på undersøkelsen fikk hun oss nesten til å ikke føle oss velkommen. Min opplevelse var at vi var som en byrde for denne personen, og jeg merket også at min datter reagerte på denne personen. Med ett ville hun ikke være med på undersøkelsen. Min datter er vant til sykehus og undersøkelser og har som regel alltid gjort det som skulle gjøres uten noe problem. Nå var alt bare skremmende og negativt og hun var veldig bestemt på at hun ikke ville gjøre denne undersøkelsen. Hva skjedde egentlig her?

Jeg måtte bruke mye tid på å prate med min datter for å overtale henne til å ta denne undersøkelsen. Samtidig merket jeg at personen som hentet oss, syntes dette med å bruke tid på å overtale min datter var helt unødvendig. Etterhvert får jeg overtalt min datter og hun går med på å gjøre denne undersøkelsen så lenge jeg er med inn i rommet. Selve undersøkelsen tok ca 30 minutter og mens jeg satt der inne begynte jeg å tenke på hva vi hadde opplevd i dette møtet med sykehuset og den aktuelle personen som møtte oss. Som nevnt har min datter vært mye på sykehus, og dermed var det naturlig å sammenligne denne opplevelsen med andre sykehusopphold og undersøkelser, og jeg har aldri opplevd noe som lignet på dette.

I ettertid ser jeg at min datter, kanskje pga den personen som møtte oss, ikke følte seg trygg i situasjonen. Og dette er bakgrunnen for at jeg har valgt trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende som tema for denne masteroppgaven.

Begrepet trygghet har de siste hundre år jevnlig vært brukt når man snakker om behandling av syke mennesker. Selv om dette er et begrep man har brukt lenge, kan det likevel være vanskelig å definere (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Hvis man ser på begrepet trygghets opprinnelse beskrives det ulike steder på følgende måte: Å være trygg, sikkerhet, en følelse av trygghet, pålitelig, sikker og ubekymret (ordbok.uib.no, Kristoffersen et al, 2011).

Et fellestrekk ved alle definisjonene av trygghetsbegrepet er at de har med forhold mellom mennesker å gjøre, og man kan si at trygghet oppstår og utvikles i møte med en annen. Man skal imidlertid være oppmerksom på at en for snever definisjon av begrepet kan begrense det og man kan miste forståelsen (Kristoffersen et al, 2011).

Det skapes et skille mellom indre og ytre trygghet, og den ytre tryggheten er en opplevd trygghet som oppstår i en sosial prosess med andre mennesker. Denne tryggheten eller opplevelsen av trygghet vil være viktig i møtet med sykepleier, pasient og pårørende. Man kan her snakke om en relasjonstrygghet og en stole – på – andre – trygghet som viktige faktorer for opplevelsen av trygghet (Kristoffersen et al, 2011).

Opplevelse av trygghet kan være svært vanskelig for både pasienter og pårørende siden de allerede er i en sårbar situasjon. Det er likevel ikke slik at man enten er trygg eller utrygg – opplevelsen av trygghet kan opptre parallelt med andre følelser (Eriksen, 2001). Ofte handler opplevelsen av trygghet om man får dekt et behov for trygghet eller ikke. Alle mennesker har, i følge Maslow, et grunnleggende behov for trygghet. Denne tryggheten innebærer ofte et behov for forutsigbarhet og beskyttelse i ulike former (Renolen, 2008).

I norsk sammenheng finnes det flere eksempler på tidligere forskning som omhandler temaene trygghet, pasienter og pårørende. Det man imidlertid ser er at forskningen er fokusert

på spesialiserte områder, som for eksempel innenfor ulike diagnoser. Det finnes derimot ikke like mye forskning som tar for seg tryggheten i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende uavhengig av diagnose og spesifikt område. Dermed kan de koblingene jeg gjør i denne studien være med på å skape ny innsikt innen feltet.

## **1.2 Problemstilling**

Det at man er i trygge hender når man som pasient møter helsevesenet er noe nesten alle tar som en selvfølge. Men er det virkelig slik? Min egen erfaring, nevnt i historien over, sier meg at det ikke nødvendigvis er en selvfølge at man opplever trygghet i møtet med helsevesenet. Grunnene til at man ikke opplever denne tryggheten kan være mange, og i løpet av denne studien har jeg lagt merke til at noen av faktorene som påvirker trygghet er nye for meg.

Man ser at begrepet trygghet ofte brukes synonymt med sikkerhet, og selve begrepet trygghet brukes mest i de skandinaviske landene. Det sammenlignes ofte med de engelske ordene ”safe” og ”true”, noe som dermed gir begrepet flere perspektiver. Dette med at begrepet kan være vanskelig å definere, det at det er så mange faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet, samt at det i en sykepleiers yrkesutøvelse ligger mange føringer for hvordan de skal forholde seg til pasienter og pårørende, ligger som grunnlag for å undersøke følgende problemstilling:

***”På hvilken måte kan man tilrettelegge for opplevelsen av trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, og er opplevelsen av trygghet i dette møtet viktig?”***

Når jeg her snakker om møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, mener jeg alle de situasjoner og arenaer hvor disse møtes. I tillegg handler dette både om møtene som skjer én gang og de møtene som skjer flere ganger. Med opplevelse av trygghet, mener jeg hvordan deltakerne i møtet oppfatter at de blir ivaretatt og møtt med forståelse, empati og omsorg.

### **1.3 Oppgavens struktur**

Denne masteroppgaven har 5 kapitler. Det første kapitlet er innledningen til oppgaven som omhandler tema, problemstilling og oppgavens struktur.

Det andre kapitlet i oppgaven omhandler presentasjon av teori jeg finner relevant for problemstillingen.

Det tredje kapitlet omhandler metodetilnærmingen som er brukt i arbeidet med denne masteroppgaven. Her presenteres relevant teori i forhold til metode, samt en redegjørelse for gjennomføring av undersøkelsen.

I det fjerde kapitlet får man en presentasjon av empiriske data samt en drøfting opp mot relevant teori presentert i kapitel to.

I oppgavens siste kapitel får man en samlende drøfting som gir svar på problemstillingen brukt i denne studien, samt en avslutning på studien.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende

*"Ethvert møte mellom mennesker er en enestående hendelse i seg selv. Enestående i den betydning at akkurat dette møtet, mellom akkurat disse to menneskene, aldri har skjedd før og aldri kommer til å skje igjen. – Et hvilket som helst møte mellom to mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelsen og opplevelsen må tas imot og tas vare på som det enestående den er"*

(Hummelvoll, 2005, s. 382). Slik beskrives møtet mellom mennesker. I dette ser man at hvert eneste møte mellom mennesker er unike. Man kan også ut fra dette forstå at man i det første møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende dermed har en unik sjanse til å skape en god relasjon mellom partene. Dette møtet legger grunnlag for alt som videre skal skje i denne relasjonen; kommunikasjon, behandling, tillit, trygghet osv. Hva må ta til for at et slikt møte skal legge et godt grunnlag? Og hva må til for at et slikt møte skal oppleves godt for alle parter?

For å komme i en god dialog, som er en forutsetning for den gode relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende, må en av partene ta initiativ. For meg er det innlysende at sykepleieren, med sin erfaring og kunnskap, er den som bør ta dette initiativet. I dette kreves det at sykepleieren har god evne til kommunikasjon, og i tillegg at han/hun viser interesse for pasienten samt at man våger å ta initiativet for å bli imøtekommet av den andre. Eide og Eide (2013) viser til Løgstrups beskrivelse av dette: *"For at en dialog skal komme i stand, er det ikke tilstrekkelig at en person tar et initiativ og våger seg frem. Det må også være en person som responderer, og som i sin tur kommer den andre i møte med et nytt initiativ"* (Eide og Eide, 2013, s. 70).

Når pasienten i møtet med sykepleier beskriver sin situasjon og forteller om sin sykdom eller sine plager, er det viktig at sykepleieren imøtekommer pasienten. Dette gjøres via kommunikasjon, dialog, tillit, trygghet osv. Ikke minst krever det at sykepleieren er seg selv, at han/hun er ekte og sannferdig samt at han/hun viser empati. Dette vil skape grunnlaget for et godt møte mellom sykepleier, pasient og pårørende. Empati blir, i følge Hummelvoll (2005), særdeles viktig i dette møtet. *"Empati innebærer altså at man gjennom en form for prøveidentifikasjon bestreber seg på å se verden - og terapeutisk sett ikke minst viktig: seg*

*selv og virkningene av sin egen væremåte. - fra den andres synsvinkel. Det dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den..." (Hummelvoll, 2005, s.382)*

Videre ser man at Hummelvoll (2005) hevder at fellesskapet mellom sykepleier og pasient utvikles gjennom fire ulike faser; Forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. Denne utviklingen starter allerede før det første møtet mellom sykepleier og pasient har funnet sted (Hummelvoll, 2005).

I forberedelsesfasen har ikke pasient og sykepleier møtt hverandre enda. Pasienten opplever problemer og har behov for hjelp fra helsevesenet for å ordne dette problemet. Pasienten vil dermed komme til det første møtet med sykepleieren med mange forventninger. Disse forventningene kan skape uro, trygghet, de kan være uklare og upresise. Derfor er det første møtet så viktig; pasienten trenger omsorg og hjelp. Sykepleieren på sin side vet at pasienten kommer, kanskje reflekterer sykepleieren over dette eller kanskje ikke – det kommer an på erfaringen. Uansett må hun forberede seg på møtet som skal finne sted (Hummelvoll, 2005).

Det første møtet finner sted i orienteringsfasen. Den første samtalen er ofte spesielt avgjørende, som nevnt over, i det videre arbeidet i denne relasjonen. Ofte ser man at pasienter befinner seg i en spent følelsesmessig tilstand når det kommer til dette første møtet, og kanskje har det kostet pasienten mye å ta dette steget for å søke hjelp. Hvordan sykepleieren møter pasienten blir dermed viktig i denne fasen. Hvis sykepleier møter pasienten åpent med en aksepterende holdning vil pasienten forhåpentligvis føle seg ivaretatt, og dermed kan pasienten også svare med åpenhet i møtet (Hummelvoll, 2005).

I arbeidsfasen blir nettopp, som navnet tilsier, arbeidet gjort. Sykepleier og pasient jobber sammen med å se på problemutløsende faktorer og hvordan disse kan dempes eller fjernes. I tillegg jobbes det med pasientens selvinnsikt i forhold til den sykdom/diagnose eller problemer han/hun har. Siden sykepleieren ser helhetlig på pasienten vil det dermed i denne fasen være naturlig å involvere pårørende i større grad. Sykepleieren må altså i dette arbeidet,

i denne fasen, møte pasienten som et helt menneske, med alt det som det innebærer (Hummelvoll, 2005).

I avslutningsfasen skal man avslutte dette kontaktforholdet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Kanskje er dette det siste møtet? Pasienten skal kanskje utskrives fra sykehus osv. Ofte ser man at dette for mange pasienter kan være en vanskelig fase. Sykepleiere som jobber med pasienter skal arbeide med et mål om pasientens uavhengighet, og at pasienten skal klare seg selv på sikt. Ofte ser man likevel at pasienten opplever en avhengighet i forhold til sykepleieren. Dette må man være særs oppmerksom på i denne fasen. Videre arbeides det i denne fasen med de mål som ble formulert tidligere, hvor er man i denne prosessen og hvor går veien videre. Hva må pasienten arbeide med videre i forhold til de problemer pasienten hadde da han/hun søkte hjelp. Sammen vil sykepleier, pasient og pårørende se på hva som er veien videre for pasienten etter denne fasen (Hummelvoll, 2005).

Hva kan man så si om møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende? Det er mange faktorer som er viktige i dette møtet. Sykepleieren har gjennom sitt yrke noen retningslinjer, lover og regler å forholde seg til. I tillegg vil sykepleierens kunnskap, erfaring og etiske overveielser være viktige for hvordan pasienten opplever dette møtet. I det videre arbeidet med det teoretiske rammeverket i denne oppgaven vil jeg komme inn på mange av de ulike faktorene som kan påvirke møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.

### *2.1.1 Sykepleien og sykepleierrollen – et historisk perspektiv*

Sykepleiens historie vil på mange måter, i følge Mathisen (2006), beskrive en utvikling som handler om kall, forsakelse, offer, lange arbeidsdager med liten og ingen lønn, formell utdanning og mangel på sådan, og frem til det som i dag beskrives som en profesjonsutdanning. I starten var det ufaglærte kvinner, såkalte våkekoner, gangkoner og piker som arbeidet med de syke. Etterhvert krevdes det en erstatning for disse kvinnene i form av faglært personell som kunne ivareta de syke og svake, og på 1800-tallet utviklet det seg en endring i sykepleien, fra å være en lite synlig kvinneoppgave til å bli et eget yrke med tilsvarende skoler for egen opplæring i faget sykepleie (Mathisen, 2006).



Hagemann (1936) viser til diakonissetradisjonen og snakker om kunnskapsgrunnlaget som et viktig aspekt ved sykepleien. Kunnskapsgrunnlaget har, som tema, fulgt sykepleiens utvikling fra tidligere tider og helt frem til i dag – dog har synet på kunnskap endret seg kraftig på denne tiden. Hagemann (1936) hevder at kunnskapsgrunnlaget grunner på kjærlighet, og at kjærligheten er den drivende kraften i sykepleien. Hun fremmer dette som et faktum, og går så langt som å si at ingen teknisk- eller faglig utdanning kan kompensere for kjærligheten når det gjelder sykepleie. Videre argumenterer hun for at dette kunnskapsgrunnlaget henger sammen med det kristne menneskesynet, og diakonissene var de sterkeste representantene for denne måten å tenke på i forhold til sykepleiens grunnleggende kunnskap (Hagemann, 1936).

I Martinsen (2001) ser vi at Rikke Nissen i 1868 ble den første kvinnelige underviser ved Norges første utdanningsinstitusjon, og hun utledet noen teorier om sykepleiens grunnlag. Hennes teorier bunnet i et religiøst engasjement samtidig som hun også var dypt inspirert av Florence Nightingale. Hun fremmet tanken om at hvert enkelt menneske skulle gis, og hadde krav på, ubetinget betydning fordi man som menneske var sårbare i sin livssammenheng. Nissens tanker ble viktige for diakonissene som ble utdannet på denne tiden, og man kan på mange måter si at Rikke Nissen var en av de fremste representantene for diakonissetradisjonen (Martinsen, 2001).

I løpet av 1880-tallet opprettet Røde Kors og Norske kvinners Sanitetsforening sine første sykepleierskoler og disse ble et alternativ til diakonisseutdanningen. I følge Melby (1990) var det mange som ikke fant seg til rette i den opprinnelige diakonisseutdanningen, og disse kunne dermed få sin utdanning i andre skoler. Bakgrunnen for etableringen av disse skolene er forståelsen for at det å pleie syke krever kvalifikasjoner, og tidlig på 1900 – tallet ble de første kommunale utdanningsinstitusjonene etablert (Melby, 1990).

Norsk Sykepleieforbund ble stiftet i 1912 og hadde som formål å samle de utdannede sykepleiere og å markere en avstand til de som ikke var faglærte eller ble regnet som skikket til oppgaven. For å kunne skille mellom de med utdanning og de uten, ble det iverksatt en opptaksprosedyre som kunne sile ut de som var skikket og dannet. Etske regler, krav til kvalitet og villighet til forsakelse var sterke drivkrefter innenfor denne utvelgelsen og i tillegg

måtte de innfri et husmoderlig ideal og idealer om utholdenhet. Her ser man at tanken om kallet, det at sykepleieryrket er et kall, blir understreket (Melby, 1990).

I mellomkrigstiden gjorde Norsk Sykepleierskeforbund sykepleierne til en enhetlig yrkesgruppe, og dette utgjorde grunnlaget for den senere profesjonsutviklingen. Nå satset forbundet på å heve kvaliteten på utdanningen og den 3-årige utdanningen ble innført. I tillegg bedret karene seg for sykepleierne i årene etter krigen; de fikk bedre boliger, et lønssystem som ikke baserte seg på naturalytelser og de oppnådde en mer fri konkurranse om stillinger ved ulike institusjoner. På denne tiden meldte det seg også en ny debatt som gjaldt hjelpepleierutdanningen. Nå dannet det seg to linjer innad i organisasjonen; en som ville forsvare sykepleier faget som sitt eget, og en som la opp til en solidarisk fagforeningsprofil som skulle gjelde både sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleierne ville forsvare eget fag og tok dermed i bruk begrepet profesjon, noe som fremhevet sykepleiernes særegne interesser som egen yrkesgruppe. Med dette går man inn i en ny fase i Norsk Sykepleierskeforbunds historie hvor vektleggingen av kunnskapsgrunnlaget igjen blir meget stor. Samtidig blir også forbindelsen mellom NSF og myndighetene sterkere sammenbundet. Dette resulterte i at helsevesenet var under streng kontroll og sterk politisk styring samtidig som dette gav NSF både muligheter til innflytelse og mer forpliktelser. Hos Melby (1990) ser man at Helga Dagsland, en markant leder, viser usikkerhet i forhold til om kravet om bedre utdanning og kravet om høyere lønn kunne forenes. Hun vektla at ansvar og kvalitet innad blant sykepleierne i sykepleiergruppen skulle være det bærende element (Melby, 1990).

Dagens utdanningsinstitusjoner har en viktig rolle når de skal oppdra sine studenter til å bli gode profesjonelle sykepleiere. Tidligere har vi sett av kvalifiseringen stort sett var rettet mot klinisk praksis av omsorgsyrket. Fra 1980-tallet ser man imidlertid en endring rettet mer mot akademia. I dag må utdanningsinstitusjonene forholde seg til et kvalifikasjonsrammeverk som staten står bak. Rammeverket fremhever at kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse er viktige for studentene som skal bli sykepleiere. I tillegg vektlegges også holdninger selv om disse ikke er nevnt som eksplisitt mål i rammeverket. Dermed ser man et stort ansvar hos disse institusjonene når det gjelder å skape et grunnlag for sykepleierne i forhold til deres identitetsfølelse og deres profesjonelle fellesskap. I følge Benner et al (2010) vil dannelsesprosessen dermed være sentral her. Hun hevder sykepleierne må utvikle seg som

profesjonelle yrkesutøvere i en virkelighet som avspeiler både eksemplarisk sykepleie og evidensbasert praksis. Her må den evidensbaserte kunnskapen ikke stå alene, men trekkes inn i et forhold der også de gode dydene blir viktige. Det samme ser man også hos Herdis Alvsvåg (2010) når hun beskriver viktigheten av en dannelses som både omhandler hode, hjerte og hånd (Alvsvåg, 2010; Benner et al, 2010).

## **2.2 Etikk**

Etikk blir sentralt i denne oppgaven, da dette er en såpass sentral del av det å utøve sykepleie, samt at det er et viktig aspekt i møtet mellom pasienter, pårørende og sykepleiere. I norsk tradisjon er etikkbegrepet gjerne sett i sammenheng med begrepet moral. Moral vil handle om det man gjør, mens etikken handler om hva man tenker om det man gjør. Etikk forbindes altså med kritiske refleksjoner rundt egen handling (Nortvedt, 2016). Vetlesen (2007) velger å ikke skape et skille mellom begrepene etikk og moral. Grunnen til dette er at han mener mennesker, i følge etiske teorier, ønsker å leve sine liv så moralsk riktig som mulig (Vetlesen, 2007). I denne oppgaven velger jeg å beholde skillet mellom etikk og moral, selv om Vetlesen (2007) gir mening når han hevder begrepene etikk og moral brukes mye synonymt. Men hva er det så man mener med etikk og moral?

### *2.2.1 Hva er moral og etikk?*

I følge Barbosa da Silva (2006) vil man i de skandinaviske språk lage et skille mellom begrepene moral og etikk. Dette skillet finner man for eksempel ikke i anglosaksisk språk. Rent språklig betyr både moral og etikk ”skikk og bruk” men i de skandinaviske land har disse begrepene likevel fått delvis ulike betydninger (Barbosa da Silva, 2006). Videre vil jeg gå nærmere inn på de ulike betydningene av moral og etikk.

#### 2.2.1.1 Moral

Begrepet moral stammer fra det latinske ordet ”mos” som betyr sed eller skikk. Uttrykket moral refererer dermed til de oppfatninger om godt og ondt, rett og galt, som man kan finne både i samfunnet generelt og hos grupper og enkeltpersoner (Johansen & Vetlesen, 2006). Det samme ser man hos Barbosa da Silva (2006) som mener moral i stor grad handler om hvordan

enkeltmennesket forholder seg til ting og foreteelser og hevder at moralen er et uttrykk for "... hvordan vi faktisk reagerer, bedømmer, beslutter, handler, inntar holdninger, tar ansvar eller forsømmer å ta ansvar for hva vi har gjort eller hva vi burde ha gjort, og hvordan vi skammer oss eller angrer over de urette handlingene som vi har utført" (Barbosa da Silva, 2006, s. 132-133). Denne forståelsen finner vi også hos Nortvedt (2016) når han hevder at moral er "... basert på hva en erfarer i dagliglivet som godt eller vondt, rett eller galt, som følge av ens handlinger" (Nortvedt, 2016, s. 38). Videre hevder han, i tråd med Barbosa da Silva (2006), at moral er basert på menneskets erfaringer, oppdragelse, følelser og sosiale konvensjoner. Menneskets moralske intuisjoner fungerer ofte som en rettesnor for de handlinger man utfører og de handlinger man bør utføre. I tillegg hevder Nortvedt (2016) at menneskets moralske intuisjoner er med på å gjøre dem til de menneskene de er. Menneskets allmenmoral kaller han dette. I forlengelsen av dette hevder han at den allmenmoralske intuisjonen er særlig viktig i sykepleie og annet omsorgsarbeid. Grunnen til dette er at den allmenmoralske intuisjonen kommer spontant til syne i de handlinger som utføres og de følelser som avspeiles i den profesjonelle sykepleier eller omsorgsarbeider. "En naturlig og spontan allmenmoral er derfor en helt grunnleggende "motor" i alt omsorgsarbeid" (Nortvedt, 2016, s. 41).

### 2.2.1.2 Etikk

Hos Johansen & Vetlesen (2006) ser man at ordet etikk stammer fra det greske ordet "ethos" som betyr holdning eller karakter, og i en slik betydning vil etikken handle om hvilke individuelle holdninger mennesker bør ha. De hevder imidlertid også at nyere definisjoner av begrepet etikk innebærer at etikk ses på som "... lære om moral eller refleksjon over moral" (Johansen & Vetlesen, 2006, s. 108). Denne forklaringen ser man også hos Barbosa da Silva (2006) når han hevder at etikk kan ses på som "... en refleksjon over moral og over det moralske liv" (Barbosa da Silva, 2006, s. 132). Hvis man går til Nordby (2010) ser man at han snakker om etikk som akademisk disiplin og etikk som et bredere begrep. Han hevder at man i dagliglivet snakker om etikk i form av hvordan mennesket bedømmer handlinger evaluerende. Det vil si at man tillegger handlingene verdier; både gode og mindre gode verdier. Denne forståelsen ser man også hos Nortvedt (2016) når han sier at etikken hele tiden forholder seg til verdier av godt eller ondt (Nordby, 2010; Nortvedt, 2016).

Når man snakker om begrepet etikk skiller man ofte mellom normativ etikk og deskriptiv etikk. Den normative etikken, vil i følge Nortvedt (2016) forsøke å begrunne verdier og handlinger enten ut fra en verdimålestokk, hva som er godt eller ondt eller ut fra hva som er riktig eller galt. Den normative etikken handler altså om retningslinjer og prinsipper for handling. Videre hevder han at normativ etikk ofte er det vi vanligvis forbinder med etikk, og han trekker paralleller til helsevesenet ved å vise til at sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer også er normative og at de gir føringer for hva den profesjonelle sykepleier bør og/eller skal gjøre (Nortvedt, 2016). Også den deskriptive etikken kan relateres til helsevesenet. Nortvedt (2016) hevder at deskriptiv etikk kan si noe om hvordan helsearbeidere generelt og sykepleiere spesielt, oppfører seg i yrkeslivet, og hvordan disse profesjonelle menneskene handler og begrunner sine handlinger i situasjoner de finner etisk vanskelige. Videre sier han at den deskriptive etikken ”... prøver å beskrive mangfoldet i sykepleierens moralske handlinger, samt å kartlegge de verdivalg og vurderinger som er den del av helsearbeideres hverdag” (Nortvedt, 2016, s. 45).

### 2.2.2 Sentrale etiske teorier

Når man skal si noe om hva det betyr å være en god sykepleier, eller man skal si noe generelt om det etiske aspektet ved sykepleie, kommer man ikke unna å snakke om ulike typer etikk. Ofte ser man at det innenfor sykepleie snakkes om 3 ulike etiske teorier; konsekvensetikken, pliktetikken og dydsetikken. Jeg finner det hensiktsmessig å si noe om disse tre ulike etiske teoriene.

#### 2.2.2.1 Konsekvensetikken

I følge Nortvedt (2016) er konsekvensetikken ikke det etiske perspektivet som oftest fremheves innenfor sykepleieetikken, likevel regnes den som en av de mest innflytelsesrike etiske teorier i den moderne tid. Konsekvensetikken er ”... opptatt av at en handling er rett når den fører til det beste resultatet for flest mulig av de berørte parter” (Nortvedt, 2016, s. 85). Man ser altså at konsekvensetikken kan sies å være målorientert. Ut fra dette kan man gripe tak i konsekvensetikken grunnleggende tanke; nemlig at det handler om å skape så stort gode som mulig gjennom de handlinger man har mulighet til å utføre, samt at det er summen av godene for alle berørte som er viktig (Nortvedt, 2016).

Moralfilosofen David Humes etikk kan på mange måter sies å være innenfor konsekvensetikken, og det handler i stor grad om nytte. Humes etikk måler handlingers verdi hovedsakelig ut fra dens følger, altså hvilke konsekvenser handlingen har. Hvis den aktuelle handlingen fører til glede eller nytte er det en god handling (Tollefsen, Syse & Nicolaisen, 2008). Her ser man en kobling til nytte som man også finner hos Nordby (2010) når han hevder at konsekvensetikken også kalles nytteetikk. Den har også fått den filosofiske betegnelsen ”utilitarisme”. I dette ser man den grunnleggende konsekvensetiske handlingsregelen; *”Du skal handle på måter som gjør at handlingene dine får gode konsekvenser”* (Nordby, 2010, s. 68).

Konsekvensetikken kan sies å ligge bak en del av lovverket som helsearbeidere må forholde seg til, og som styrer deres handlinger. Det ligger lange tradisjoner bak konsekvensetikken, og innenfor helse, som nevnt over, er en av grunnideene at helsepersonell skal utøve hjelp når det er nødvendig. Grunnen til at man skal utøve hjelp er at dette har den eller de beste konsekvensene for pasienten. Dette kjenner man også igjen når Nordby (2010) snakker om argumenter for konsekvensetikk. Argumentene hever at det er effekten av handlingen, først og fremst, som avgjør om handlingen er god eller dårlig (Nordby, 2010).

Nordby (2010) hevder at konsekvensetikere er enige om at målet helliger middelet, målet er som vi har sett å skape gode konsekvenser uavhengig av om selve handlingen forut for konsekvensen er god eller dårlig. Dette er en grunntanke som er ganske ulik de andre etiske teoriene (Nordby, 2010). Noe som vi skal gå nærmere inn på i de neste delene av dette kapitlet.

#### 2.2.2.2 Pliktetikk

I følge Nordby (2010) er grunnideen innen pliktetikken *” ... at gode handlinger er handlinger som er utført av plikt i henhold til definerte regler eller moralske prinsipper”* (Nordby, 2010, s. 70). Det samme ser man hos Tollefsen et al (2008), der de fremhever Immanuel Kant som moralfilosof, og trekker frem hans etikk som er konsentrert rundt de morallovene vi mennesker gir oss selv. Her er det snakk om en plikt-lov og Kant mener slike lover

formuleres som et kategorisk imperativ – ”Du skal...”. I forlengelsen av dette ser man altså at Kants etikk dermed kan regnes som pliktetikk. I Tollefsen et al (2008) ser man videre at Kant fremhever plikten som et grunnlag for all moral. Handlinger som ikke er direkte motivert av plikten kan dermed ikke sies å være moralske handlinger. Det er likevel viktig for ham at mennesket er ”... *motivert av selve moralloven...*” (Tollefsen et al, 2008, s. 399) for at hans/hennes handling i riktig forstand skal være moralsk. Her er Kant ganske utfordrende i forhold til andre moralfilosofier i andre ulike etiske teorier, dermed kan man her se at Kants etikk også ofte kan ses på som en sinnelagetikk. Grunnen til dette er at Kants morallære sier noe om at mennesket har det rette sinnelaget eller den rette holdningen. Her er det snakk om menneskets respekt overfor moralloven (Tollefsen et al, 2008). Men hvor kommer Kants morallover fra?

I følge Nordby (2010) handler Kants moralfilosofi i stor grad om menneskets unike muligheter til å foreta frie valg. Dette er med på å konstituere det å være et menneske og en person. Menneskets menneskeverd er i fare, i følge Kant, dersom man ikke har mulighet til å foreta frie valg. Dermed ser man at det å la menneskers frie vilje komme til uttrykk er det viktigste etiske prinsippet. Det er ut fra dette prinsippet at han utformer sine morallover; som i hovedsak er handlingsetiske regler som han mener mennesker har en plikt å følge. Dermed er vi inne i hovedkjernen av Kants pliktetikk: ”... *Vi skal respektere andre menneskers frie, selvstendige ønsker så lenge de ikke på en uholdbar måte går utover andre enn dem selv*” (Nordby, 2010, s. 71).

Hos Nortvedt (2016) viser han til Grimen når det er snakk om pliktetikken. Her brukes begrepet normbasert etikk i stedet for og synonymt med pliktetikk. Hovedideen her kan vi kjenne igjen fra Kants etikk, og handler i stor grad om at man har overordnede verdier som leder ut i handlingsregler – normer. Det er disse normene mennesket forholder seg til og som sier noe om hva mennesket bør og skal gjøre, eventuelt hva mennesket ikke skal gjøre. Denne etikken omhandler altså både påbud og forbud. Fokuset her ligger dermed på hvorvidt menneskets enkelthandlinger er i samsvar med en gitt norm eller et gitt prinsipp. Man er dermed opptatt av handlingenes etiske riktighet; og det som avgjør om handlingen er riktig eller gal er hvorvidt den er i samsvar med den aktuelle normen som ligger til grunn for handlingen (Nortvedt, 2016).

Nortvedt (2016) skiller mellom to ulike typer pliktetikkk; heteronom pliktetikkk og autonom pliktetikkk. Den heteronome pliktetikken er en religiøst basert pliktetikkk som begrunnes ut fra en ”ytre” autoritet. Denne etikken består av forbud og påbud som overleveres fra en ytre autoritet. Denne formen for etikk har hatt stor betydning for utviklingen av sykepleieryrket. De siste 60-70 årene har man sett en endring fra den religiøst baserte etikken. Den autonome pliktetikken handler i stor grad om handlingsregler som mennesket pålegger seg selv via egen fornuftserkjennelse. Det er her Kants pliktetikkk hører hjemme, og han regnes av mange som grunnleggeren av den autonome pliktetikken. Denne typen pliktetikkk fordrer at mennesket har evne til kritisk refleksjon. I tillegg kreves det at man har noen former for verdiprinsipper slik at de normer og handlingsregler man forholder seg til og skaper, er moralske og at de har en etisk verdi. Videre ser man hos Nortvedt (2016) at Kant fremhever viktigheten av å ha visse kriterier som sikrer at normene man lager seg kan regnes som etisk akseptable. Når Kant formulerer sine kategoriske imperativer ser man at han har to slike krav. Det første kravet handler om at de etiske normene skal være universelle, de skal være allmenngyldige. I forhold til sykepleien vil det da bety at det sykepleieren mener er riktig å gjøre mot en pasient, også kan være gyldig i forhold til behandling av andre pasienter i samme situasjon. Det andre kravet Kant stiller er at de etiske normene skal være logisk konsistente og koherente. Det betyr at de skal ha en logisk sammenheng og ikke være selvmotsigende (Nortvedt, 2016).

Videre ser man hos Nortvedt (2016) at han skisserer to hovedtrekk ved pliktetikken i sykepleien:

1. *”Pliktetikkk er opptatt av at dine handlinger som sykepleier skal være rettleidet av visse retningslinjer eller handlingsregler (normer), som skal kunne universaliseres, det vil si være allmenngyldige. Disse normene må du som sykepleier, kunne akseptere på et fritt og selvstendig fornuftsgrunnlag. De skal ikke, som i den klassiske sykepleieetikken, være påtvunget deg, men du skal selv anerkjenne de etiske normene for dine handlinger som viktige”* (Nortvedt, 2016, s. 82).
2. *”Videre er pliktetiske normer ikke – konsekvensialistiske. Det vil si at de er gyldige for handlinger selv om du ved å handle annerledes ville kunne skape et bedre resultat (konsekvenser) totalt sett for flere andre”* (Nortvedt, 2016, s. 82).



### 2.2.2.3 Dydsetikk

I de omsorgsbaserte helsefagene har dydsetikken stått veldig sterkt som et selvstendig etisk perspektiv, selv om det kanskje er konsekvensetikken og pliktetikken som har fått mest oppmerksomhet innen medisinsk etikk. Opphavet til den moderne dydsetikken tilegnes Aristoteles og handler om hva det vil si å være et menneske med god moralsk dannelse. Grunntanken hos Aristoteles er rimelig enkel; *”Handlinger er gode når de uttrykker gode holdninger, og dårlige når de uttrykker dårlige holdninger”* (Nordby, 2010, s. 79).

I følge Nordby (2010) er dyder det tradisjonelle ordet for gode handlinger, noe som også gir opphavet til dydsetikken; det handler om menneskets handlinger i forhold til dets holdninger. Altså er det ikke konsekvensen av handlingen som avgjør om handlingen er god eller ikke, det er motivet for handlingen (Nordby, 2010).

Som nevnt over knytter man altså dydsetikken til den greske filosofen Aristoteles. Hva var så hans teori? Utgangspunktet for hans teori er enkeltindividet og dets ønske om å leve et godt liv. Det gode liv betyr da at mennesket ”virker på sitt beste” ved at man bruker sine beste menneskelige evner. Dette representerer for Aristoteles en allmenn beskrivelse av hva mennesket vil anse som det viktigste i livet – nemlig å søke et godt liv. I forlengelsen av dette hevder Aristoteles at *”... et godt liv er et liv med de beste muligheter til å utfolde de ypperste menneskelige evner”* (Johansen & Vetlesen, 2006, s. 147). Disse evnene handler, for Aristoteles, om fornuft og det å være et godt menneske. Dermed ser man at han kobler ønsket om det gode liv til betydningen av at mennesker er moralske vesener. Han mener at de mennesker som i ord og gjerning ønsker å være gode – har muligheten til et godt liv. Men andre ord kan man si at det å være et moralsk menneske er en forutsetning for det gode liv. Og det som er godt for mennesket *”... kan bare oppnås av det mennesket som søker det gode ved å være god, nemlig ved å gjøre det som er moralsk godt og riktig”* (Johansen & Vetlesen 2006, s. 148). For å kunne bli et moralsk vesen kreves det, i følge Aristoteles, fornuft og kunnskap som både er bestemt av vår væren og bestemmende for vår væren. Vår væren er en forutsetning for oppdragelse, og uten denne vil det ikke blir noen dannelse, og uten dannelse kan ikke mennesket bli et moralsk vesen (Steinholt og Dobson, 2011).

Når Aristoteles snakker det å være god, hevder han at dette skjer ved at mennesket utvikler dydene. Ofte omtales dydene som Areté. Areté er den egenskap som gjør det mulig for mennesket å handle riktig, det som gjør at man duger. Dette ser man både hos Aristoteles, Sokrates og hos Platon. Aristoteles er den første som gir en systematisk definisjon av Areté, han definerer dette som en holdning som disponerer mennesket for å velge den gylne middelvei. Dydene er menneskets disposisjoner for å handle på bestemte måter.

I "Den nikomakiske etikk" sier Aristoteles (2006) følgende; "... og det er de holdninger som er rosverdige, vi kaller dyder" (Aristoteles, 2006, s. 18). Dydene kan imidlertid deles inn i to typer; moralske dyder og intellektuelle dyder (Aristoteles, 2006).

Når det skapes et skille mellom ulike typer dyder snakker Aristoteles (2006) om intellektuelle dyder og moralske dyder. Andre som snakker om dette skillet snakker ofte om moralske dyder og ikke-moralske dyder. De enkelte dydene det er snakk om er likevel de samme (Aristoteles, 2006, Barbosa da Silva, 2006). Når det gjelder de intellektuelle dydene snakker man ofte om tre viktige dyder; episteme, techne og fronesis. Aristoteles (2006) relaterer disse tre dydene til ulike menneskelige aktiviteter. Episteme som er dyden viten (teoretisk kunnskap) relateres til sannhet som mål. Techne som er dyden ferdighet (kunnen) relateres til tilvirkning eller produksjon som mål. Fronesis som er dyden klokskap (praktisk kunnskap) relateres til handling som mål. Her blir det viktig å fremheve at dyden klokskap, fronesis, regnes som dydenes dyd, og skal alltid anvendes sammen med de moralske dydene. Grunnen til dette er at fronesis regnes som en intellektuell evne som gjør at mennesket innser målet for sine handlinger, og refleksjoner rundt middelet for realisering av mål (Aristoteles, 2006; Barbosa da Silva, 2006). Dette kommer jeg også tilbake til i forhold til kunnskap i yrkesetikken.

De moralske dydene kan også ses på som karakterdyder, de har altså med menneskets karakter å gjøre. I følge Aristoteles (2006) kan man her snakke om fire kardinaldyder; fronesis (som nevnt over skal denne alltid anvendes sammen med de moralske dydene), måtehold, mot og rettskaffenhet. Disse regner han som fundamentale dyder. I tillegg til disse, regnes også sannferdighet, gavmildhet og stolthet som moralske dyder. Disse dydene er gode karakteregenskaper hos mennesker, og for Aristoteles (2006) er disse dydene universelle. I dag skiller man gjerne mellom dyder som er universelle og tverrkulturelle og dyder som kan

regnes som kulturspesifikke. De allmenngyldige dydene kan for eksempel være mot, tapperhet og selvkontroll, mens vi også kan finne dyder som er mer spesifikke for ulike roller og/eller yrkesgrupper. Hvis vi da tar utgangspunkt innen helse og omsorgsykker ser man at empati, toleranse, lydhørhet, godhet og omsorgsfullhet er viktige dyder. Slik Aristoteles (2006) ser det, vil man gjennom oppdragelse, øvelse og trening tilegne seg de moralske dydene. Disse tilegnes ikke først og fremst gjennom refleksjon, men gjennom erfaring og imitasjon av gode moralske forbilder eller modeller. Som man ser her handler dydsetikken om de intellektuelle og moralske dyder et menneske, i følge Aristoteles (2006), bør ha. I tillegg til å ”ha” disse dydene påpeker han at man også må ha evne til å forstå når man har bruk for de ulike dydene. Det å handle riktige krever situasjonsforståelse. I tillegg ser man at Aristoteles hevder at mennesket bare kan tilegne seg og utøve moralske dyder i et fellesskap, de moralske dyder forutsetter altså menneskelige relasjoner (Aristoteles, 2006; Barbosa da Silva, 2006).

#### 2.2.2.3.1 Dydsetikk, nærhetsetikk og omsorgsetikk.

Kari Martinsen regnes som en av landets viktigste relasjonsetikere og hun er inspirert av blant andre Knud Løgstrup. Martinsen har i mange år argumentert for viktigheten av det relasjonelle i møtene mellom sykepleier og pasient. For Martinsen (1993) er sykepleie fundamentalt sett en moralsk praksis hvor etiske perspektiver spiller en viktig rolle. Man ser også at etiske perspektiver er en integrert del av hennes etiske teorier. Martinsen (1993) hevder at relasjonen mellom sykepleier og pasient/pårørende kan regnes som fundamentet for moralsk ansvar og handling innen sykepleien. Ofte ser man at denne tenkningen som tar utgangspunkt i den mellommenneskelige relasjonen kalles for nærhetsetikk. Her ser man at nærhetsetikken er viktig for sykepleie og at sykepleie kan sies å være både en relasjonell og moralsk praksis (Martinsen, 1993; Nortvedt, 2016).

Nærhetsetikken bygger på teoriene til mange ulike filosofer og teoretikere. En av disse er Knud E. Løgstrup (2012); som regnes som en av de fremste tenkere i nyere tid. I verket den etiske fordring presenterer han en alternativ tenkemåte til modernitetens tenkemåte; representert av blant annet Emmanuel Kant. Løgstrup (2012) mener man bør være kritiske til tanken om et fritt menneske. Mennesket, hevder han, er ikke fritt og objektivt deltakende i samfunnet og i verden. I den etiske fordring sier Løgstrup følgende: *”Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender”*

(Løgstrup, 2012, s. 37). Her ser man altså at menneskene lever i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre. En annen som også har teorier som omhandler nærhetsetikken er Martin Buber (1992). Hans tanker omhandler møtet mellom mennesker og det ansvaret man får og gir fra seg i selve møtet. Han advarer mot farene ved å objektgjøre den andre i relasjonen. Hvis man utvikler et jeg – det – forhold til den andre, har man gjort den andre til et objekt. Det ønskelige er at man utvikler et jeg-du-forhold til den andre i relasjonen. På den måten blir den andre i relasjonen både sett og hørt – man får en gjensidig relasjon (Buber, 1992). Dette blir særs viktig i forhold til min sammenheng; møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.

Omsorgsetikk er også et perspektiv som knyttes til dydsetikken. Dette perspektivet blir spesielt viktig innenfor helse- og omsorgsarbeid. Ifølge Martinsen (2003), er det moralske ansvaret i sykepleierens møte med pasienten viktig. Dette ansvaret er ulikt fordelt, for på lik linje med at møtet mellom sykepleiere og pasienter er asymmetriske, er også ansvaret i møtet asymmetrisk. Sykepleieren har et spesielt ansvar for de svake og syke, og pasienten har således ingen plikt til å ta særskilt ansvar i situasjonen. Dette grunner på at det er sykepleieren som har den teoretiske kunnskapen, den praktiske kunnskapen samt det moralske ansvaret for pasientens ve og vel. I tillegg til dette har sykepleieren i møtet med pasienten også ansvar for å sikte seg inn på pasientens opplevelse av egne helse og/eller sykdom (Martinsen, 2003; Nortvedt, 2016).

I omsorgsetikken finner man hos Martinsen (2003) flere begreper som er viktig å fremheve. Blant disse tenker man på berørthet, holdninger og verdier. Disse tre skal jeg kort komme inn på her. Det å bli moralsk berørt er særlig viktig i den forståelsen av etikk i sykepleien som Martinsen (2003) fremmer. Det sentrale her er at sanselig og emosjonell berørthet alltid vil forekomme i relasjoner der mennesker opptrer. Mennesker er alltid i en eller annen sinnstemning som andre kan se, føle og erfare. Dette handler om hvordan vi kommuniserer det vi tenker, føler og uttrykker gjennom andre kanaler enn selve språket. Innen omsorgsykker er dette spesielt viktig i forhold til at den profesjonelle må ha en god klinisk situasjonsforståelse. Hvor mye kan en sykepleier forstå av pasientens situasjon uten at pasienten har fortalt noe om det? I følge Martinsen (2003) vil svare være; mye. Man kan forstå mye om både pasienter og pårørende uten å bruke språket. Gjennom følelser får man

adgang til den andres virkelighet, og denne virkeligheten får vi dermed muligheten til å forstå betydningen av. Dette krever emosjonell involvering, og benyttes spesielt når man som sykepleier må ta del i pasientens følelsesmessige erfaringer. Ved å ha denne evnen kan sykepleieren forestille seg pasientens opplevelse av den kliniske situasjonen, noe som er en klar fordel. I Martinsens omsorgsetikk står betydningen av emosjonell forståelse sentralt, og når man ser hvordan hun vektlegger holdningenes betydning blir dette enda mer tydelig (Martinsen, 2003; Nortvedt, 2016).

Innen sykepleien har det å ha gode holdninger i forhold til pasienten vært fremhevet som noe av det viktigste innen omsorgsyrkene. I tillegg ser man at holdninger inngir en etisk verdi og dimensjon til pleien av pasienter (Nortvedt, 2016). Det samme ser man hos Martinsen (2003) når hun hevder at menneskets holdninger er verdibærere. På den måten ser man at holdningenes etiske betydning innen sykepleien kommer til uttrykk gjennom den profesjonelle pleierens høflighet, vennlighet, oppmerksomhet, varsomhet i stellet, å være lyttende samt det å ha et fast håndlag når det er nødvendig. Det å ha de riktige holdningene i pasientinteraksjonen handler i stor grad om å være interessert i å kommunisere og å gi/vise omsorg. Dermed blir det å ha positive og gode holdninger en forutsetning for å utføre gode handlinger. I forlengelsen av dette kan man dermed si at det særegne med omsorg er nettopp det at sykepleierens holdninger uttrykker omsorg. Martinsen (2003) mener disse moralske handlingene handler om sykepleierens væremåte og gjøremåte (Martinsen, 2003; Nortvedt, 2016). Dermed ser man at det etiske perspektivet for sykepleien bygger på mange ulike etiske teorier, og at både pliktetikk, konsekvensetikk og dydsetikken har noe å si for hvordan den profesjonelle sykepleieren opptrer i møtet med pasienter og pårørende.

### 2.2.3 Yrkesetikk

Profesjonsetikk og yrkesetikk er to begreper som ofte brukes synonymt, jeg vil her bruke begrepet yrkesetikk. Det å være en profesjonell sykepleier innebærer at man som menneske må forholde seg sosialektisk til en rekke personer og grupper. Man må som menneske forholde seg til samfunnet generelt og til de man har i sin umiddelbare nærhet som familie og venner. Som sykepleier må man i tillegg til dette også forholde seg til pasienter og pårørende, kolleger, overordnede myndigheter, etiske komiteer osv. Disse ulike relasjonene vil på mange måter stille ulike krav til sykepleieren; på en måte blir sykepleieren pålagt etiske forpliktelser

og ansvar, mens man på andre måter også har ulike etiske rettigheter. I forlengelsen av dette ser man at det ikke bare handler om at sykepleiere skal handle etisk riktig, sykepleiere har også egne etiske rettigheter som blant annet skal være med på beskytte deres profesjonalitet (Barbosa da Silva, 2006).

Når man snakker om yrkesetikk består dette ofte av et system av etiske regler, prinsipper, dyder og teorier som brukes i forhold til ulike profesjoner eller yrker. Eksempler på dette er medisinsk etikk, helseetikk, sykepleieetikk osv. Dette systemet med etiske regler, prinsipper, dyder og teorier kan på mange måter generaliseres slik at det gjelder for mange ulike profesjoner og yrker (Barbosa da Silva, 2006). Jeg vil i det følgende gi eksempler på noen av disse.

#### Etiske regler:

- Alle mennesker bør behandles likt
- Man bør tale sant
- Man bør hjelpe mennesker i nød
- Du skal ikke drepe

#### Etiske prinsipper:

- Menneskeverdprinsippet
- Universaliserbarhetsprinsippet (Kant)
- Rettferdighetsprinsippet
- Upartiskhetsprinsippet
- Nytteprinsippet
- Autonomiprinsippet
- Prinsippet om informert samtykke
- Barmhjertighetsprinsippet
- Paternalismeprinsippet
- Konfidensialitetsprinsippet
- Integritetsprinsippet
- Lojalitetsprinsippet
- Ikke-skade-prinsippet
- Godhetsprinsippet

Som grunnlag for både de etiske regler og for de etiske prinsipper ligger etiske verdier. Disse verdiene uttrykkes gjennom etiske - regler og prinsipper (Barbosa da Silva, 2006).

For sykepleiere finnes det altså mange etiske regler og prinsipper som de må forholde seg til. De mest relevante finner man i lovverket. Sykepleiere har et bredt regelverk å forholde seg til, og de viktigste blant disse er nok yrkesetiske retningslinjer for sykepleien samt helsepersonell loven. Landsstyret for norske sykepleierforbund godkjente i 1983 forbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som tilligger god sykepleierpraksis. Retningslinjene har siden 1983 vært revidert flere ganger.

For å avgrense litt har jeg, som vedlegg til oppgaven, tatt med et utdrag i retningslinjene som har med sykepleierne og mennesket samt sykepleiere og sykepleiepraksis (Vedlegg 5). Begge punktene sier noe om hvordan sykepleierne skal forholde seg til pasienter og pårørende, samt sykepleierens egne kunnskaper og ferdigheter. Videre må man også forholde seg til helsepersonell loven. Helsepersonell loven beskriver rettighetene og pliktene til helsepersonell i Norge. Også her har jeg tatt med et utdrag, som vedlegg, fra de paragrafene i helsepersonell loven som jeg mener er relevant for min oppgave (Vedlegg 6). Som man ser her er det altså mye man som sykepleier skal forholde seg til innen både helsepersonell loven og innen de etiske retningslinjene for sykepleiere. I tillegg til dette vil det være viktig å forholde seg til de lover og regler som gjelder for pasientene. Pasientrettighetsloven skal ivareta befolkningens krav til nødvendig og god helsehjelp. I et vedlegg til oppgaven har jeg tatt med et utdrag av pasientrettighetsloven som jeg mener er relevant for min oppgave (vedlegg 7).

Når man så ser på disse ulike retningslinjene og lovene som en sykepleier må forholde seg til, og i tillegg vet at hans/hennes kunnskap, erfaring, væremåte, skjønn, identitet som sykepleier osv har en betydning for hvordan han/hun utøver sitt yrke, er det nærliggende å ta en rask oppsummering på hvilke funksjoner yrkesetikken har. Hos Barbosa da Silva (2006) finner man følgende oversikt over yrkesetikkens funksjoner:

- a. *Legitimere og verne om et yrkes identitet, integritet og selvstendighet.*

- b. *Gi yrkesutøverne felles verdier og normer for samhandling, til tross for at de som enkeltpersoner kan ha ulik individualetikk, ulikt menneskesyn og ulikt livssyn.*
- c. *Beskytte, verne om eller forsvare yrkesutøverens profesjonalitet og integritet ved å "kvalitetssikre" arbeidet.*
- d. *Forebygge og eventuelt løse etiske dilemmaer i yrkesutøvelsen bl.a. ved å klargjøre på den ene siden yrkesutøverens ansvarsforpliktelser og på den andre siden pasientens, klientens eller konfidentens rettigheter.*
- e. *Skape tillit til yrket eller profesjonen og bevare den gode "image" overfor klienten, konfidenten eller pasienten og overfor samfunnet. Tillit er nødvendig for at en autentisk kommunikasjon skal kunne finne sted mellom yrkesutøver og klient/konfident/pasient. Tillit skapes og bevares dersom partene i kommunikasjonen handler etter felles grunnleggende verdier og normer.*
- f. *Beskytte eller verne klient/konfident/pasient mot yrkesutøverens maktmisbruk og autoritære oppførsel.*
- g. *Skape respekt for yrkesutøverens og pasientens/brukerens/klientens interesser og grunnleggende rettigheter.*
- h. *Kvalitetssikre tjenestene ved å pålegge yrkesutøveren ansvarsforpliktelse og garantere pasient eller klient visse rettigheter (Barbosa da Silva, 2006, s. 181-182).*

### 2.2.3.1 Kunnskap

Aristoteles (2006) har vært til inspirasjon for vår forståelse av kunnskap lenge. Han hevdet at kunnskap er aktivitet og det at man har ferdigheter i den aktuelle aktiviteten. Han mente at kunnskap er det som viser seg i handlinger og man ser dermed at hans fokus ligger i selve utøvelsen og prosessen i yrket og ikke på selve resultatet handlingen har. Som nevnt tidligere bruker Aristoteles tre begreper når han snakker om kunnskap: episteme, fronesis og techne (Aristoteles, 2006). Videre kan man se at begrepet episteme blir relevant i forhold til kunnskap av teoretisk og vitenskapelig karakter. Fronesis blir relevant i forhold til Schöns tanker om refleksjon – i – handling. Og techne blir relevant i forhold til taus kunnskap og erfaring.

I mange yrker, og kanskje spesielt i de tradisjonelle profesjonsutdannelsene, ligger det i følge Grimen (2008) i Molander og Terum (2008) en bestemt form for kunnskap av både teoretisk



og vitenskapelig art. Grimen (2008) oppsummerer profesjoners kunnskap som vitenskapelig kunnskap. Denne formen for kunnskap, den vitenskapelige, har skilt dem fra andre yrkesgrupper hvor man for eksempel har tilegnet seg kunnskap som resulterer i et fagbrev. Denne formen for kunnskap beskrives hos Grimen (2008) som praktisk kunnskap. Skillet på dette er at man tradisjonelt ikke ser på den praktiske kunnskapen som vitenskapelig. Likevel ser man et spørsmål hos Grimen (2008) om hva og hvor man skiller den praktiske kunnskapen fra den vitenskapelige, og ikke minst om det finnes elementer av begge former for kunnskap hos alle ulike profesjoner (Grimen, 2008 i Molander & Terum, 2008).

Med utgangspunkt i forståelsen av hva som ligger i sykepleieres fagkunnskap, ser man at det kan trekkes paralleller til Schön (2001) sine teorier om refleksjon – i – handling. Han fremholder at vår viten, som i denne sammenheng kan forstås som kunnskap, vises frem på måten vi handler på. Dermed blir arbeidsplassen avhengig av den kunnskapen som ligger i den enkelte sykepleierens handlinger. Videre hevdes det at som profesjonelle yrkesutøvere er man avhengige av en innebygd kunnskap når man skal utøve handlinger i arbeidet (Schön, 2001). Det vesentlige i refleksjon er i følge Schön (1983) i Molander (1993) å ta et steg tilbake, eller helt ut av situasjonen, og speile seg i det om skjer (Schön i Molander, 1993). Det er ofte lett å bli oppslukt i situasjoner når man står midt i dem, og kanskje spesielt innen omsorgsyrkene der tid ofte spiller en viktig rolle. Refleksjonen kan dermed være en viktig egenskap som kan brukes for å gi seg selv et bredere perspektiv på situasjoner man befinner seg i (Molander, 1993). Her ser man at sykepleierens evne til refleksjon – i – handling blir viktig i både møtet og behandlingen av pasienten.

I følge Schön (1983) i Molander (1993) ser man videre at en ikke alltid reflekterer, men at man har egenskapene til å kunne gjennomføre refleksjoner. Dette kommer fram i tanken om refleksjon – i – handling som inngår i kunnskap – i – handling, som har sin forankring i de erfaringene vi mennesker gjør. Refleksjon – i – handling og kunnskap – i – handling rører ved hverandre i en sirkulær bevegelse som skaper sammenheng mellom del og helhet. Gjennom refleksjon – i – handling og kunnskap – i handling har man en beredskap til å prøve seg fram og eventuelt endre sine handlinger, man får flere erfaringer og dermed også et større repertoar for handling. Det blir også lagt stor vekt på oppmerksomhet og at man er oppmerksom på hva man gjør når man gjør det, og i etterkant (Molander, 1993).

Det som er spesielt med refleksjon i handling er, i følge Schön (1983) i Molander (1993), at den har potensial til å endre hvordan vi tenker og hvordan vi handler mens vi handler (Molander, 1993). Samtidig ser vi hos Schön (2001) at det å reflektere over egen kunnskap går parallelt med refleksjon over det man faktisk står ovenfor å skulle løse. Det hevdes at for at man bedre skal kunne løse problemer og komme seg videre, må man stille seg spørsmål og reflektere over den forståelsen som ligger til grunn for hvordan man handler (Schön, 2001).

Begrepet taus kunnskap ble første gang introdusert i 1966, og det ble definert som kunnskap som ikke kan uttrykkes ved eller overføres til andre gjennom bruk av språket. Det forklares videre med at vi mennesker vet mer enn vi kan fortelle eller uttrykke. Her skapes det altså et skille mellom kunnskap som kan artikuleres og kunnskap som er taus. Den tause kunnskapen kan ses på som en personlig kunnskap som vanskelig kan overføres til andre, og den er knyttet til hver enkelt situasjon hvor handlingen mellom sykepleier og pasient skjer. Den tause kunnskapen kommer altså til syne gjennom praksis, og den er ofte ubevisst for sykepleieren – den er integrert i yrkesutøveren (Jakobsen, 2003).

Jakobsen og Thorsvik (2010) hevder at man nødvendigvis ikke trenger å ha et bevisst eller reflektert forhold til disse erfaringene, man gjør det man gjør, bare fordi man har en erfaring på at det fungerer. Å se verdien av slik taus kunnskap er ofte en stor utfordring for både ledere og ansatte i omsorgsyrkene, og dermed blir det også vanskelig å se hvordan slik kunnskap kan utnyttes (Jakobsen og Thorsvik, 2010).

### **2.3 Relasjon**

Når man snakker om relasjoner og hvordan disse er med på å forme oss selv og dem vi har relasjoner med, kan man gå helt tilbake til antikken og Aristoteles (2006) tanker. Han snakker om de moralske dyder og hvordan disse, samt vår egen forståelse av svake og sterke sider, læres og erkjennes i møte med andre mennesker og i de handlinger vi utfører (Aristoteles, 2006). Begrepet relasjon kommer fra det latinske ordet ”relatio” som betyr å stå i forbindelse med noen. Dette vil si at en relasjon er et forhold eller en forbindelse mellom to eller flere mennesker. Eksempler på dette, som er relevant for min oppgave, vil være relasjonen mellom

sykepleier, pasient og pårørende. Slike relasjoner vil oppstå når mennesker påvirker hverandre gjensidig (Eide & Eide, 2008). Gjennom sykepleierutdanningen har jeg erfart at den trygge og gode relasjonen til pasienter og pårørende er veldig i fokus, og teoriene til blant annet K. E. Løgstrup har vært viktige her.

Når Løgstrup (2012) snakker om relasjoner ser man at det i stor grad handler om tillit mellom mennesker. Dette vises tydelig når han sier følgende: *"Den enkelte har aldri med et annet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forførende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei"* (Løgstrup, 2012, s. 15). Her ser man at relasjonen mellom mennesker er gjensidig og viktig, og samtidig sier dette noe om at relasjonen kan være sterk eller svak alt ettersom hvilken situasjon relasjonen oppstår i. Samtidig viser den til hvor viktig etikken er for omsorgsyirket og de relasjonene som oppstår i slike yrker (Løgstrup, 2012).

I følge Eide & Eide (2013) kan man snakke om to typer relasjoner; private og profesjonelle. Forskjellen på disse to relasjonstypene ligger i hva som kjennetegner dem. Privat relasjon kjennetegnes ved sterk gjensidighet og ofte sterke følelsesmessige bånd. I slike relasjon vil begge partene både gi og motta noe selv om dette ikke nødvendigvis skjer like mye over tid. Man sier gjerne at private relasjoner er symmetriske. Profesjonelle relasjoner kjennetegnes også ved at det er en gjensidighet i forholdet, men denne er gjerne assymetrisk. Ofte kan gjensidigheten minne mer om ensidighet. Grunnen til dette er at den profesjonelle i relasjonen skal yte hjelp uten å forvente å få noe tilbake. Som sykepleier er man forpliktet til å yte omsorg i kraft av sin utdanning, og denne omsorgen skal gis uten noen forventning til at man skal få noe igjen fra den man hjelper (Eide & Eide, 2013). Her ser man altså at det også er et emosjonelt skille mellom private og profesjonelle relasjoner. I tillegg vil de profesjonelle relasjonene være tidsbegrenset til en viss periode der pasient og pårørende trenger hjelp.

En god relasjon mellom sykepleiere og pasienter og pårørende har avgjørende betydning for at en god behandling skal finne sted. Den største utfordringen kan noen ganger være å skape

et tillitsforhold og en behandlingsallianse med pasientene. Ofte ser man at dette skjer ganske automatisk, men av og til kan dette være utfordrende (Hem, Heggen og Ruyter, 2008). Av og til kan mistillit til systemet, helsevesenet i seg selv, skape utfordringer når relasjoner mellom pasienter og profesjonelle skal etableres. I tillegg kan sykepleieren, hvis han/hun ikke har gode relasjonskompetanser gjøre eller si noe som får pasienten til å føle mistillit. Derfor er gode relasjonskunnskaper, god evne til kommunikasjon, og et godt øye viktige aspekter ved sykepleierens utøvelse av sitt yrke. Pasientene og pårørende trenger en sykepleier som kan forstå deres situasjon, og hvordan dette påvirker deres liv og livskvalitet (Hem et al, 2008; Martinsen, 2003).

Noe av det samme ser man også i teoriene til Stein-Parbury (2009) hvor hun beskriver hvilke kvalifikasjoner og ferdigheter sykepleiere bør ha når de skal utvikle relasjoner med sine pasienter og deres pårørende. Hun hevder at sykepleie er en sosial aktivitet som krever en viss sosial kompetanse når man skal være i profesjonelle relasjoner. Videre hevder hun, som også nevnt ovenfor, at sykepleieren må ha ferdigheter og kunnskaper innen både kommunikasjon og relasjon. Viktigst er, hevder hun, imidlertid det at sykepleieren blir kjent med den hun skal hjelpe. I forlengelsen av dette beskriver hun tre ulike typer kjennskap; kjennskap til saken, kjennskap til pårørende, og til sist personlig kjennskap. Det handler altså om at sykepleieren må ha et helhetlig syn på pasienten (Stein-Parbury, 2009). Man ser altså at hun mener det er en forskjell på det å være distansert og det å ha kjennskap til pasienten. Det samme ser man hos Martinsen (2003) hvor hun hevder at det er en misforståelse at man ved å være profesjonell må være distansert. Ved å være distansert, hevder hun, oppnår man bare manglende kommunikasjon og manglende relasjon til pasienten (Martinsen, 2003).

I relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende er det viktig at sykepleieren er trygg både på og i sin rolle. Dette vil gjenspeile seg i hans/hennes holdning og væremåte. Når sykepleieren er trygg i sin rolle og trykk i den aktuelle situasjonen, vil denne tryggheten kunne overføres til både pasient og pårørende. For å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient/pårørende, er sykepleierens holdning og væremåte avgjørende. Holdninger er forstått som den måten vi framtrer på i en konkret situasjon. Holdningen er viktig fordi de er et spontant uttrykk for hvordan man reagerer i situasjoner. Et eksempel kan være at man viser medfølelse når pasienten har smerter. Både holdningene og væremåten vil komme til uttrykk i

sykepleierens non-verbale kommunikasjon med pasient og pårørende, dermed blir det også viktig at det sykepleieren sier er det samme som det han/hun viser non-verbalt. Får man dette til, vil det styrke relasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Slik man ser det vil altså relasjoner mellom sykepleiere, pasienter og pårørende formes tilfeldig. Med det mener jeg at det er mange ulike faktorer som er med på å forme relasjonen mellom mennesker, og den ene relasjonen vil aldri være eksakt lik en annen. Det er opp til den enkelte sykepleier hvordan hun legger opp til å etablere relasjoner med sine pasienter og deres pårørende, og det handler ofte om hvordan sykepleieren prioriterer kontakt, tid og engasjement. Dersom sykepleieren er bevisst sitt ansvar, sine rammer og sine muligheter, vil potensiale for gode relasjoner til pasienter og pårørende alltid være tilstede (Martinsen, 2003; Stein – Parbury, 2009).

## **2.4 Identitet**

Identitetsbegrepet har i den senere tid blitt et mer brukt ord i vår dagligtale. I tillegg ser man at det også har vært en stigende interesse for dette begrepet både innenfor fagmiljøet, i litteraturen og i politikken (Eriksen, 2001; Jørgensen, 2008). Gjennom økt interesse for identitetsbegrepet ser man at det har funnet sted en stor utvikling som har vært med på å prege både forståelsen og bruken av begrepet. Man ser at utviklingen har skapt et skille hvor man går fra tanken om et identitetsbegrep som har hatt fokus vendt innover, der man skaper sin egen identitet, og over til at man i dag forstår identitet som en sosial prosess (Jørgensen, 2008; Tagney & Leary, 2003). Både John Locke, Sigmund Freud og David Hume forstår identitetsbegrepet som en sosial prosess der man aksepterer at menneskers identitet påvirkes av sosiale relasjoner og samfunnet i seg selv. Man ser både hos disse teoretikere samt flere andre at det har foregått en fokusendring som nevnt over; fra å skape sin egen identitet til at identitetskapingen kan påvirkes av våre omgivelser (Jørgensen, 2008; Tagney & Leary, 2003; Tollefsen et al, 2008). Denne fokusendringen i forhold til forståelsen av hvordan identitet skapes er viktig i denne sammenhengen fordi identiteten til pasienter, pårørende og helsepersonellet påvirkes av hverandre i en sosial prosess.

Begrepet identitet finnes det mange ulike synspunkter på og man kan si at begrepet kan være motsetningsfullt. Ofte ser man at man skiller mellom to hovedoppfatninger av begrepet; en konstruktivistisk oppfatning og en essensialistisk oppfatning. I en konstruktivistisk oppfatning

av identitetsbegrepet legges det til grunn at identiteten kan endres over tid, altså at det er foranderlig. Her regnes identiteten som en kulturelt gitt dynamisk størrelse som blir konstruert gjennom samhandling. En motsetning til dette finner man i den essensialistiske oppfatningen, der identiteten regnes som medfødt hos mennesket og som dermed er en fast og statisk enhetlig størrelse. Her ser man på identiteten som en fast kjerne i mennesket, og denne kjernen vil ikke la seg påvirke av ytre forhold (Mæhlum, 2003). I min oppgave er det den konstruktivistiske identitetsoppfatningen som blir vektlagt, fordi de ulike identitetene som pasient, pårørende eller helsepersonell skapes blant mennesker og kan dermed endres etter påvirkning fra ytre forhold.

#### *2.4.1 Symbolsk interaksjonisme*

Siden jeg nå ser på identitetsskaping som en sosial prosess finner jeg det viktig å ta med tanken om symbolsk interaksjonisme. Her ser man at fokuset ligger på samspillet mellom individet og samfunnet og hvordan individets ”selv” konstrueres (Tagney & Leary, 2003). Teorien om symbolsk interaksjonisme handler i korte trekk om hvordan vår identitet skapes ut fra hvordan man tror at andre mennesker ser og tenker om oss. Altså hvordan vår identitet påvirkes av andres mening; vi ”speiler” oss i andres syn på oss, og lar dermed vår identitet skapes i tråd med andres syn, forventning og tro. Dette er grunnen til at symbolsk interaksjonisme ofte også kalles for ”speilingsteori” (Tice & Wallace, 2003).

Videre ser man hos Mead (2005) at identiteten skapes i samhandling med ”de generaliserte andre”, altså at for eksempel pasienters identitet skapes i samhandling med andre pasienter. De generaliserte andre blir da personer som er med i samme gruppe som pasienten. Her kan man enten snakke om gruppen ”pasienter” eller man kan snakke om mer detaljerte grupper som; ”kreftpasienter”, ”hjertesyke pasienter”, ”lungesyke pasienter” ol. Det samme gjelder da også for pårørende og sykepleiere (Mead, 2005).

Hos Goffman (1989) ser man at identitetsutviklingen i stor grad handler om personlige egenskaper i tillegg til forventet kategoritilhørighet. Også her ser man at individet påvirkes i en sosial prosess der andre menneskers forventninger blir viktige (Goffman, 1989). I korte trekk ser man at Goffman (1989) snakker om roller og hvordan samfunnet er satt sammen av

ulike roller. I min sammenheng vil både pasient, pårørende og helsepersonell være ulike roller man enten får eller tar. Goffman (1989) påpeker at roller aldri opptrer alene, men at de oppstår i forhold til noen andre. For å kunne inneha eller spille en slik rolle, som for eksempel pasient, pårørende eller helsepersonell, kreves det at man klarer å fange opp hvilke forventninger andre har til denne rollen. Hva forventer mennesker til pasienter eller pårørende? Hva forventes av mennesker som har en rolle som helsepersonell? Det å kunne klare å fange opp menneskers ulike forventninger til rollene krever, i følge Goffman (1989), at man har evne til å ta den andres perspektiv. Dermed blir det viktig å se både på hvordan man ønsker å presentere seg selv, altså det man viser frem til andre, og det man holder skjult – det man ikke ønsker å vise frem (Goffman, 1989). Pasienter, pårørende og sykepleiere har altså et valg i forhold til hvordan de spiller sine roller. De kan skape et inntrykk av egen rolle som enten sammenfaller med andres forventninger til rollen, eller ikke. I tillegg ser man at rollene kan påvirkes av om det er roller man har valgt selv eller om det er roller man er gitt. De fleste pasient og pårørende roller er roller man ikke har valgt selv. Rollen som sykepleier er valgt selv, men den kan likevel påvirkes og endres i forhold til andres forventninger i en sosial prosess.

#### 2.4.2 Sosial identitetsteori

Sosial identitetsteori bygger på et konkret skille mellom kollektiv og individuell identitet. Det handler på mange måter om hvordan mennesker og deres ulike identiteter fungerer sammen. Dette ser man tydelig hos Hogg (2003) når han sier følgende; *".. social identity refferd to commonalities among people within a group and differences between people in different groups and was associated with group behaviors."* (Hogg, 2003:463). Det handler altså om hvem pasienter, pårørende og sykepleiere er, når de er sammen med hverandre eller andre.

Man ser at tidligere sosiale roller og identiteter hadde strenge og klare forventninger knyttet til seg og kanskje spesielt knyttet til rollens atferd. I mange tilfeller så man at individet internaliserte og gjorde disse forventningene til sine egne og tilla dem i sin identitet og i sin rolle. Slik er det ikke i dag, da det ofte kan betegnes som en uakseptabel begrensning av personlig frihet, samt at det kan virke stigmatiserende i forhold til den aktuelle rollen eller identiteten. Samtidig ser man at mennesker i dag har et stort utvalg av sosiale identiteter, ut

fra hvilke grupper de tilhører og hvilke situasjoner de til enhver tid befinner seg i (Jørgensen, 2008).

Når man inndeler personer i kategorier og grupper, som for eksempel pasient, pårørende og helsepersonell, definerer man hvem man er, hva som forventes av dem og hvilken verdi de har. I følge Einarsen og Rise (2002) vil mennesker fort føle fellesskap og tilhørighet med mennesker som er i samme gruppe som dem selv. Om vi er i denne gruppen frivillig eller ikke, har ingen betydning. Medlemskapet i gruppen gir oss en sosial identitet (Einarsen & Rise, 2002; Tajfel, 2010). Den sosiale identitetsteorien er viktig i min oppgave fordi det handler om hvordan mennesker, og i denne sammenhengen pasienter, pårørende og sykepleiere, blir påvirket av andre og hverandre. Det handler om hvordan deres identitet påvirker tryggheten i deres møte.

## **2.5 Tillit**

Tillit er et fenomen som kan betegnes som både etisk og interaktivt og det fremstår i direkte relasjoner mellom mennesker. Martinsen (2005) snakker om å ”smi” et tillitsforhold. Det betyr å møte den andre på en høflig og rolig måte, vise verdighet og anerkjenne den andre samt å opptre etisk riktig. Videre ser man at tillit også kan vises i samtalen mellom for eksempel sykepleieren og pasienten eller pårørende. Dette kan gjøres ved at sykepleieren leser situasjonen godt og fører samtalen på pasientens premisser. Her kommer også Løgstrups (2012) etiske fordring inn i bildet. Sykepleieren må la pasientens mening og bekymring komme frem i samtalen, og gjennom å gjøre dette setter sykepleieren seg selv både i og på spill ved å holde tilbake egne utsagn og reaksjoner for en periode i samtalen. På den måten ser man den etiske fordring: tilliten blir mottatt på samme måte og i full fortrolighet med en tanke om at man vil hverandre vel. For at tillit skal kunne finne sted, hevder de begge, må man anerkjenne den andres livsverden og livsytringer. Denne gjensidige anerkjennelsen av hverandre i møtet og relasjonen er grunnleggende i en relasjon som er bygd på tillit (Løgstrup, 2012; Martinsen, 2005).

Slik man ser det her kan altså tillit skapes i relasjoner mellom mennesker. Per Fugelli skrev følgende om tillit i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening: ”*Tillit er menneskets følelse av*



*at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste”* (Fugelli, 2001, s. 121). Noe av det samme ser man også hos Martinsen (2005) når hun hevder følgende: *” tillit er et uunværlighetsfenomen. Det er verdifullt i seg selv uavhengig av min personlige vurdering. Tillit hører til vårt dagligliv. Normalt møter vi hverandre med tillit* (Martinsen, 2005, s. 142). Både hos Fugelli (2001) og Martinsen (2005) oppstår altså tilliten i møtet med den andre. Vi møter den andre med tillit, og vi skaper tillit sammen.

For å understreke at tillit er et fenomen som hører til de mellommenneskelige relasjoner tar jeg også med noen tanker fra Aslaug Kristiansen (2005). Hun hevder det er tre ulike perspektiver ved tillit som er viktige å fremme:

- Tillit gir en tilgang til å undersøke sentrale aspekter ved det mellommenneskelige livet
- Tillit er en type forhold mellom mennesker som rommer en sammensatt, personlig utviklingsdimensjon
- Tillit handler om å utvikle eller knytte forbindelser eller relasjoner både til mennesker, til institusjoner og systemer

Videre sier hun følgende: *”På en avgjørende måte eller på et grunnleggende plan virker tillit inn på måten mennesker forstår og ser på verden og andre mennesker. Selv om tillit uttrykker en måte å forhold seg til verden på, vil det være feil å beskrive tillit som en individuell kompetanse eller kapasitet. Tillit er noe som partene skaper sammen i dialog eller gjensidighet”* (Kristiansen, 2005, s. 34) Her ser man helt tydelig at tillit er et relasjonelt fenomen.

I følge Nortvedt og Grimen (2004) berører tillit helsevesenets nerve. Helsetilsynet hevder at sykepleieryrket er et yrke som i stor grad krever allmenn tillit. Her snakker man altså om en sosial tillit som styrkes av at offentlige autorisasjoner fungerer som en garanti både for de faglige kvalifikasjonene samt for den personlige egnetheten og skikketheten. Hvis mennesker mister tillit til helsevesenet generelt og sykepleieryrket spesielt, vil enkelte tanker om velferdssystemets funksjoner vakle. I helsevesenet finner man primærrelasjoner, dette er relasjoner mellom sykepleier, pasienter og pårørende. Disse primærrelasjonene er avhengige av tillit. Her påpeker Nortvedt og Grimen (2004) at tilliten krever refleksjon over

forbindelsene mellom tillit, sårbarhet og makt. Dette hevder han, er viktige aspekter innen helsevesenet. Videre trekker han frem fire trekk som kan betegnes som tillitsskapende faktorer; sykepleierens evne til kommunikasjon, sykepleierens kompetanse, deres evne til å følge opp pasienten, samt pasientens mulighet til å velge bort sykepleiere de ikke har tillit til (Nortvedt og Grimen, 2004). Det at tillit er så viktig innen helsevesenet er kanskje ikke så rart. Alle mennesker har behov for å føle tillit, og mennesker som er syke; altså pasienter, har kanskje enda mer behov for å oppleve tillit i møtet med helsevesenet. Men er det da slik at det alltid vil oppstå tillit?

I følge Martinsen (2005) er svaret nei. Det ser man tydelig når hun sier følgende: ”Tilliten er fundamental, den skal ikke begrunnes. Mistillit oppstår av mangel på tillit, og den må begrunnes, akkurat som våre handlinger også må begrunnes. For situasjonen vi handler i, er sjelden bestemt av livsytringen alene. Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg frem for å bli imøtekommet” (Martinsen, 2005, s. 142-143). Altså ser man her at mistillit kan oppstå hvis det er mangel på tillit. Relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende vil alltid være preget av asymmetri. Den syke pasienten vil være avhengig av sykepleieren med sin kompetanse, og dette vil skape en ujevn maktbalanse som kan føre til mistillit eller til at tilliten ikke oppstår eller skapes i relasjonen. For at sykepleieren skal bli tilliten verdig argumenterer Martinsen (2005) for en autoritetsstruktur med svak paternalisme, hvor sykepleieren handler ut fra sitt faglige skjønn og interesse for den det gjelder (pasienten), for at pasientens som har utlevert seg selv skal bli imøtekommet og forstått. Med sin væremåte, ved å bruke sin kompetanse på en god måte og ved å handle etisk riktig kan sykepleieren ivareta respekten til den andre – og dermed opprettholde og fortjene et tillitsforhold fra pasient og pårørende (Martinsen, 2005).

## **2.6 Omsorg**

Gjennom teorier om trygghet, tillit og relasjoner ser man at begrepet omsorg blir viktig. Hos Kari Martinsen (2003) ser man at omsorg er et viktig begrep, og at hun hevder begrepet både er relasjonelt, praktisk og moralsk. Det at omsorg er et relasjonelt begrep kommer av den grunnleggende tanken at vi mennesker er avhengige av hverandre i et gjensidig forhold, og at dette er en stor og viktig del av det å være menneske. Hun mener man ikke kan forstå seg selv som menneske uavhengig av andre, men som en del av noe større – et fellesskap. Det at

omsorg kan sies å være praktisk handler i stor grad om at man som helsepersonell aktivt handler i pasientenes lidelse. I relasjonen mellom pasient, pårørende og helsepersonell der handlingen stort sett bygges på pasientens tilstand og situasjonen man er i, hevder Martinsen (2003) at man oppnår best mulig omsorg dersom pasienten ikke er umyndiggjort; men heller føler seg anerkjent og sett. For at en slik omsorg i praksis skal finne sted er man altså avhengig av en felles forståelse mellom alle parter – pasient, pårørende og helsepersonell. Det at omsorgen er moralsk, viser til hvordan man som helsepersonell oppfører seg overfor pasienter og pårørende. Det hele grunner i hvilket menneskesyn som ligger til grunn; altså kan man også her trekke paralleller til det etiske ved arbeidet innenfor helsevesenet (Martinsen, 2003).

God omsorg forutsetter, i følge Barbosa da Silva (2006), at det etableres tillit og respekt i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. I tillegg er sykepleierens kompetanse en betingelse for god omsorg. I dette inngår dermed både teoretiske og praktiske kunnskaper, erfaring og yrkesferdigheter samt verdiskapende egenskaper eller moralske dyder. Med verdiskapende egenskaper menes i denne situasjonen sykepleierens evne til å skape positive verdier hos pasienten. Dette vil på sikt være med på å sørge for at pasienten i mange tilfeller opplever seg selv som verdifull i relasjonen. God omsorg består dermed av sykepleierens handling og innstilling i relasjonen (Barbosa da Silva, 2006).

## **2.7 Trygghet**

### *2.7.1 Hva er trygghet?*

I min oppgave er trygghet et sentralt begrep. I litteraturen ser man, i følge Kristoffersen et al (2011), at begrepet trygghet de siste hundre år jevnlig har vært brukt når man snakker om behandling av syke mennesker. Man ønsker at pasienter skal leve sine liv på en trygg måte (Kristoffersen et al, 2011). Ordet trygghet kjenner de fleste til, men begrepet kan på mange måter være vanskelig å definere. Hvis man ser på ordet trygghet i norsk ordbok beskrives det slik: ”det å være trygg”, ”sikkerhet” og ”en følelse av trygghet”. Man kan likevel si at begrepet trygghet fremdeles er noe svevende (ordbok.uib.no).

Videre ser man at Kristoffersen et al (2011) hevder det kan være nyttig å se på begrepets opprinnelse. Dansk etymologisk ordbog beskriver ”trygg” på følgende måte; Pålitelig, sikker, sikret og ubekymret. I tillegg ser man at den viser til det engelske ordet ”true” som på norsk betyr; tro, ærlig og sann. Felles for alle disse ordene er at de har med forhold mellom mennesker å gjøre (Kristoffersen et al, 2011). Med andre ord kan man altså si at tryggheten utvikler seg i møte med andre; den er rasjonell og den alltid står i forhold til noe. Menneskets opplevelse av trygghet er mangfoldig, og det vil derfor være vanskelig å definere begrepet (Kristoffersen et al, 2011).

Oftest ser man at begrepene trygghet og sikkerhet brukes synonymt. I forlengelsen av dette sier Kristoffersen et al (2011) at faren ved å bruke ordene synonymt er at man mister mange viktige sider ved menneskelivet. Sikkerhet er noe mer håndgripelig som kan kvalitetssikres. På sykehusene kan man stille krav til maskiner, rutiner og sikre prosedyrer, medisinsk utstyr osv. Slike krav kan man ikke stille til trygghet, men man kan stille krav til helsepersonell i forhold til at man hele tiden skal gi rom for trygghet og vektlegge pasientens trygghet. En slik trygghet kan like gjerne ligge i gjerningene, i tonefallet, i faktene og ikke minst i det usagte. Ved å definere begrepet kan man risikere å både begrense og kanskje miste forståelsen (Kristoffersen et al, 2011).

I følge Kristoffersen et al (2011) er det viktig å ikke bare se på trygghet som et resultat av noe som skapes sammen med andre. Trygghet kan ikke bare være noe som oppstår i oss som følge av andre menneskers handlinger, gjerninger, ord, ol. Trygghet kan også være en grunnleggende del av livet vårt, eller noe mennesket aktivt søker. Han mener man kan redusere livet til en følgetilstand hvis man bare ser på trygghet som en følge av noe andre har gjort eller sagt. For mennesker som trenger trygghet er det viktig å huske at gode opplevelser kan hentes fram, og på den måten bidra til å gi trygghet. I denne sammenheng vil det at en sykepleier eller annet helsepersonell kan hjelpe pasienten å hente frem gode minner, være med på å bidra til pasientens trygghet (Kristoffersen et al, 2011).

### 2.7.2 Indre trygghet og ytre trygghet

Kristoffersen et al (2011) hevder man kan skille mellom flere dimensjoner ved trygghet; trygghet som følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Disse ulike dimensjonene skal ikke regnes som separate størrelser og man må ha en forståelse for at de påvirker hverandre i gjensidige forhold. Den indre tryggheten beskriver Kristoffersen et al (2011) som opplevelsen av trygghet som en indre tilstand, og denne indre trygghetsfølelsen kan sees i sammenheng med, og som resultat av, en trygg og positiv oppvekst. Denne indre tryggheten kalles ofte for ”grunntrygghet”. Nå er det ikke slik at man ikke kan oppnå denne opplevelsen av indre trygghet hvis man ikke har hatt en trygg og positiv barndom, ulike vonde og vanskelig opplevelser kan gjøre mennesket bedre rustet til å møte livet etterhvert (Kristoffersen et al, 2011).

Den ytre tryggheten er, i følge Kristoffersen et al (2011), en opplevd trygghet som oppstår gjennom interaksjon med andre mennesker. Også her ser man at trygghet kan ses på som en sosial prosess. Videre hevdes det at den ytre tryggheten kan regnes som situasjonsrelatert. For å oppnå god ytre trygghet vil god grunntrygghet være en viktig forutsetning (Kristoffersen et al, 2011).

Kristoffersen et al (2011) gir også en deling av den ytre tryggheten. Her snakker de om tre ulike dimensjoner av ytre trygghet; relasjonstrygghet, stole-på-andre-trygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. Relasjonstrygghet er de gode og nære relasjonene som gjerne oppstår i familien, med venner og andre kjente. Det handler altså om menneskets nære sosiale nettverk, og tilgjengelighet blir dermed et viktig stikkord. Det at den eller de andre er der når de trengs er et viktig aspekt ved relasjonstryggheten, og samtidig ser man at tilgjengeligheten sammen med åpenhet, gjensidighet, ærlighet, forståelse, fysisk nærhet og aksept er det som preger relasjonstryggheten. Denne typen ytre trygghet; relasjonstryggheten er også viktig for helsepersonellet i min oppgave. Han eller hun må, i møtet med pasient og pårørende, våge å kjenne på egne følelser og egen sårbarhet. Dette er nesten en forutsetning for møtet hvis man skal sikre at pasientens behov vektlegges. Faren for at man vektlegger sine egne behov i stedet vil være til stede hvis man ikke klarer å kjenne på egen sårbarhet eller egne følelser (Kristoffersen et al, 2011).

Når det gjelder stole-på-andre-trygghet, hevder Kristoffersen et al (2011) at denne type trygghet gjerne oppstår i situasjoner der man er avhengig av hjelp fra andre. I situasjoner der vi selv ikke har kontroll, evner, kompetanse, eller makt til å gjøre noe; når mennesket legger sitt liv i andres hender og stoler på at disse personen har den kompetanse og kunnskap som trengs – at det mestrer sitt arbeide (Kristoffersen et al, 2011). I slike situasjoner er helsepersonellens yrkeserfaring, kompetanse, kunnskap og evne til kontroll særdeles viktige. De er en forutsetning for at mennesker skal tørre å legge sine liv i deres hender. Helsepersonellet har i den sammenheng et ansvar for å ivareta pasienter som i mange tilfeller er totalt avhengige av dem. Her, i slike situasjoner, er stole-på-andre-trygghet en viktig forutsetning, og tryggheten i møtet mellom pasienter, pårørende og helsepersonellet er avgjørende (Kristoffersen et al, 2011).

Den siste dimensjonen hos Kristoffersen et al (2011) er kunnskaps- og kontroll-trygghet. Denne formen for trygghet handler i korte trekk om kunnskap og kompetanse. Som helsepersonell må man eie kunnskapen slik at man vet hva man skal gjøre i de ulike situasjonene; både ventede og uventede. Man må også vite hvorfor man handler som man gjør. I mange tilfeller er pasienter og pårørende sårbare i situasjoner der de for eksempel gjennomgår ulike behandlinger eller er innlagte på sykehus. I slike situasjoner er det viktig for deres trygghet at helsepersonell utviser kunnskaps- og kontrolltrygghet (Kristoffersen et al, 2011).

### *2.7.3 Trygghetens motsetninger*

For å kunne si noe om hva trygghet er, mener Kristoffersen et al (2011), at det kan være nødvendig å forestille seg det motsatte av trygghet. I tillegg hevder de at det ikke nødvendigvis er slik at man enten er trygg eller ikke. En opplevelse av trygghet kan opptre parallelt med andre følelser som for eksempel trussel, redsel og frykt. I forståelsen om at trygghet er relasjonell vil den dermed alltid være rettet mot noe eller opptre i forhold til noe. Man kan altså være trygg og utrygg samtidig (Kristoffersen et al, 2011).

Thomas Hylland Eriksen (2001) snakker også om trygghetens motsetning. Her beskriver han flere begreper som motsetninger til trygghet, og mener utrygghet er en opplagt motsetning til trygghet. Hylland Eriksen gir eksempler på dette ved å liste opp ulike scenarier; og hevder at dersom mennesket er redd mye av tiden, hvis man ikke stoler på noen, eller hvis man er overbevist om at man vil oppleve en ulykke hvis man beveger seg ute om kvelden – så vil en del av menneskets livsverden være utrygg (Eriksen, 2001).

Et annet begrep Hylland Eriksen (2001) ser på som motsetning til trygghet er usikkerhet. Han mener dette kan være en motsetning spesielt til eksistensiell trygghet. Hvis mennesker er usikre på hvem de er, om det er fare for store omveltninger som krig eller naturkatastrofer, og om sikre fakta som for eksempel at to pluss to alltid vil bli fire, da mener han de mangler en form for trygghet andre mennesker tar for gitt (Eriksen, 2001). Videre ser man at han også regner begrepet risiko som motsetning til trygghet. I begrepet trygghet ligger det noen føringer som leder tankene hen til forutsigbarhet og stabilitet, mens det i begrepet risiko ligger føringer til usikkerhet og fare. Med en slik forståelse vil risiko kunne regnes som en motsetning til trygghet. Et fjerde begrep Hylland Eriksen (2001) setter opp som motsetning til trygghet er sårbarhet. Her handler det om sårbarhet som følge av de hendelser man som menneske ikke rår over. For eksempel i forhold til utbrudd av sykdommer, naturkatastrofer ol (Eriksen, 2001).

#### *2.7.4 Trygghet som behov*

Ofte tenker man på trygghet som et behov mennesket har. Dette kjenner vi igjen i teorien til Abraham Maslow, når han beskriver et hierarkisk pyramide over menneskets behov. I følge Renolen (2008) er behovet for trygghet et av de grunnleggende behov mennesket har, og kommer rett etter de grunnleggende fysiologiske behovene (Renolen, 2008). I følge Kristoffersen et al (2011) omtaler Maslow trygghet som blant annet behov for forutsigbarhet og beskyttelse, og at dette er behov som må tilfredsstilles for å bevare livet (Renolen, 2008; Kristoffersen et al, 2011). Videre ser man hos Segesten (1994) at Maslow omtaler trygghet som sikkerhet, stabilitet, avhengighet, beskyttelse, og frihet fra frykt og kaos ol. Trygghet innebærer en lovnad om god og optimal livskvalitet for enkeltindividet. Denne tanken handler om at mennesket har ressurser man kontrollerer selv, og det at man har en slik kontroll over egne ressurser skaper en følelse av trygghet. Dette behovet for trygghet dekker mennesket

ofte på en selvstendig måte ut fra sin sosiale og kulturelle bakgrunn hvis de har kunnskapen og kompetansen til det. I mange tilfeller der pasienter og pårørende møter helsepersonell er ikke mulighetene for å dekke slike behov selv tilstede. Helsepersonellets oppgave blir da å hjelpe eller assistere pasienter og pårørende slik at de får dekket sitt behov for trygghet (Segesten, 1994).

## **2.8 Kommunikasjon**

I denne oppgaven, der jeg forsker på tryggheten i møtet mellom pasienter, pårørende og sykepleiere vil kommunikasjon være en sentral del. I den forbindelse finner jeg det hensiktsmessig å si noe om hva kommunikasjon er og kan være, samt å si noe om hvilken betydning kommunikasjonen har for dette møtet mellom sykepleier, pasienter, pårørende.

### *2.8.1 Hva er kommunikasjon?*

I store norske leksikon står det følgende: *”Menneskelig kommunikasjon kan defineres som det å dele tanker med andre individer, på en overlagt og uforbeholden måte. Dette innebærer at en person som ønsker å kommunisere noe, har en tanke som hun ønsker å formidle. Dette gjør hun ved å produsere ord eller handlinger, eller en kombinasjon av disse, med et mål om at de ønskede mottakerne skal forstå hennes meningsinnhold.”* (snl.no) Man ser altså at kommunikasjon handler om å dele informasjon med noen andre. En bredere definisjon av kommunikasjon er all atferd som har som mål å overføre informasjon fra et individ til et annet. Her snakker man altså ikke bare om den verbale kommunikasjonen, men tar også med den nonverbale kommunikasjonen (Bråten, 2004).

Hos Bråten (2004) ser man at kommunikasjon kommer av det latinske ordet *Communicare* – som betyr ”å gjøre felles”. Dette er jo også i tråd med definisjonen gitt ovenfor. I enkle trekk kan man her si at det som kjennetegner kommunikasjon er at man på den ene siden har en sender og på den andre siden har man en mottaker. Senderen vil gjerne dele noe med mottakeren, og dette ”noe” er budskapet eller informasjonen han/hun ønsker å dele. Her blir det imidlertid viktig å være klar over at budskapet kan overføres både verbalt og nonverbalt (Bråten, 2004).



I dagligspråket vårt brukes begrepet kommunikasjon om en rekke fenomener. Eksempler på dette kan være; personlige samtaler med en eller flere personer, chatting på internett, sosiale medier og massekommunikasjon. I forhold til min oppgave er det personlige samtaler som blir relevant, da kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og helsepersonell er i fokus. I et kommunikasjonsforhold vil man bestandig ha minst to parter, som nevnt over, sender og mottaker. Disse to står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre, og et gjensidig utvekslingsforhold mellom hverandre. Budskapet som sendes mellom disse to kan bestå av ulike signaler og tegn; som ord, ansiktsuttrykk, og gester. Kommunikasjon kan dermed sies å være sammensatt og må fortolkes (Eide & Eide, 2013).

#### 2.8.1.1. Non-verbal kommunikasjon

Som nevnt tidligere er ikke kommunikasjon bare låst til det verbale. I en samtale vil alltid den non-verbale formidlingen av budskapet følge det verbale språket. Ordene som uttales får mer styrke og kraft når vi også bruker kroppslige ledsageruttrykk. På den måten kan budskapet man ønsker å dele komplementeres, dempes, avkrefte eller bekrefte, og kanskje også motsies av våre gester og ansiktsuttrykk og av vår stemmebruk. I noen tilfeller kan også det non-verbale erstatte det verbale språket i en samtale. I kommunikasjonen er det viktig å være klar over at vårt kroppsspråk og våre holdninger signaliserer om vi ønsker nærhet eller om vi tar avstand fra den andre (Hummelvoll, 2005). Dette blir spesielt viktig for den profesjonelle kommunikasjonen jeg vektlegger i møtet mellom pasienter, pårørende og helsepersonell.

#### 2.8.2 *Samtale eller dialog?*

I følge Bråten (2004) er samtalen den mest grunnleggende av alle former for kommunikasjon. Med samtale mener man den muntlige, ofte ikke-planlagte, kommunikasjonen mellom to eller flere mennesker. Hele livet bruker mennesket samtalen som middel til å skape og utvikle forhold og sosiale handlinger. Menneskets oppfatning av verden, oppfatning av egne og andres identitet, samt menneskets bilde av seg selv og andre, skapes, opprettholdes og endres gjennom samtalen (Bråten, 2004).

I Hummelvoll (2005) finner man følgende sitat fra Zimsen (1979): *"Det er forskjell på at tale med en ven eller et medlem af sin familie, og den samtale man fører med en klient eller en patient. Taler man med sine venner om deres problemer, vil man som regel sammenligne med egne erfaringer og ofte med egne problemer. Men hvis man skal hjelpe et menneske på profesjonel måte, så setter man det menneske i focus og lytter til de følelser, han eller hun har vedrørende sit problem, mens man skyder sine personlige bekymringer og problemer til side"* (Zimsen, 1979, s. 131 i Hummelvoll, 2005, s. 387). Her skapes det altså et skille mellom hverdagssamtalen med dem man regner som sine nære relasjoner og den profesjonelle samtalen mellom pasienter, pårørende og helsepersonellet (Hummelvoll, 2005). Dette skillet mellom profesjonelle samtaler og hverdagssamtaler finner vi også hos Svare (2006) der han snakker om samtale og dialog (Svare, 2006).

I følge Svare (2006) må visse krav være innfridd for at en samtale skal kunne kalles en dialog. Han går tilbake til ordets røtter for å definere hva en dialog er; *"Går vi tilbake til ordets historiske røtter, finner vi at det er sammensatt av det greske 'dia' som betyr 'gjennom', og 'logos' som betyr 'ord', 'tale', eller 'fornuft'."* (Svare, 2006, s. 10). Her ser man altså at han skildrer dialogen som en fornuftig virksomhet som utøves gjennom det verbale språket mellom to eller flere mennesker. Dialogen beskrives som et samarbeid der man lytter til hverandre fordi man er interessert i det som blir sagt. Dialogen er et felles prosjekt der man skaper noe sammen, og det som skapes kan være helt nye innsikter, en bedre felles forståelse eller noe annet man har interesse av eller står samlet om. Man kan si at man i dialogen arbeider mot et felles mål. Videre ser man hos Svare (2006) at deltakere i en dialog går inn i dialogen med en grunntanke om at alle deltakere kan ha noe å delta med. Her blir det viktig at man hjelper hverandre til å bidra med det man kan bidra med (Svare, 2006).

Hos Svare (2006) ser man at han viser til ulike typer dialoger. Disse klassifiseres ut fra hvilke mål man søker å innfri i hvert enkelt tilfelle. Han skiller mellom følgende dialoger:

- Innsiktsdialoger: Hvor målet er å få økt innsikt om et bestemt tema
- Beslutningsdialoger: Hvor målet er å få et best mulig grunnlag for å gjøre et felles valg.
- Forsoningsdialoger: Hvor målet er å skape forsoning.
- Kreative dialoger: Hvor målet er å utløse kreativitet hos deltakerne.

Her ser man at det er spesielt innsiktsdialogen og beslutningsdialogen som blir mest sentrale i forhold til min oppgave. Dette er dialogtyper som man kan tenke seg finner sted mellom pasienter, pårørende og sykepleier (Svare, 2006). Videre ser man at han også kategoriserer samtaler. Her henviser han til den tyske lingvisten Franz Hundsnurscher som har klassifisert samtaler inn i følgende skille:

- Komplementære samtaler: Preges av samarbeid mellom deltakerne som inntar ulike, men likevel utfyllende roller.
- Koordinerende samtaler: Preges av mer likeverdige roller, der alle har en felles interesse av å løse oppgaven eller målet på best mulig måte.
- Kompetitive samtaler: Preges av at deltakerne har ulike interesser og kan lett oppleves konfliktfylt.

Igjenn ser man at det er noen av disse som blir sentrale for min oppgave. Den komplementære samtalen er nok den som best kan beskrive dialogen mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Men de koordinerende samtalene vil jo også til tider være aktuelle blant disse deltakerne (Svare, 2006).

Hvorfor er så dette med dialogen så viktig? Svare (2006) gir tre svar på dette spørsmålet; og det første handler om innsikt; *"Dialogen er viktig fordi den åpner for en innsikt som bare kan nås gjennom denne formen for samtale."* (Svare, 2006, s. 25). Det andre svaret handler om selvrealisering eller selvdannelse; *"Det knytter seg til tanken om at et menneske trenger dialogiske møter med andre for å bli seg selv fullt og helt – og samtidig bli et fullt og helt menneske."* (Svare, 2006, s. 25). I det siste svaret settes det sosiale aspektet ved dialogen i fokus; *"Dialogen er en modell for en egen sosial orden."* (Svare, 2006, s. 25). Det at dialogen kan brukes på mange måter og at den er så viktig er for mange en selvfølge. Det er så naturlig at man ikke engang tenker over det. Svare (2006) spør seg hvordan det er mulig å oppnå innsikt bare ved å snakke sammen. Svaret finner han blant annet hos Gadamer (2010) når han sier følgende: *"Ingen vet på forhånd hva som 'kommer ut av' en samtale. Den gjensidig forståelsen, eller mangelen på en sådan, er som en hendelse som blir fullbyrdet i oss. Vi kan derfor si at en samtale var god, eller at den ikke stod under en heldig stjerne. Alt dette vitner om at samtalen har sin egen ånd, og at det språket som føres i samtalen, bærer sin egen sannhet i seg selv, det vil si at det 'avslører' og lar noe fremtre, som heretter er."* (Gadamer, 2010, s 423.) Han sier altså at språket utgjør den rammen som vår forståelse beveger seg

innenfor, og at språket på den måten preger vårt syn på, og erfaring av, virkeligheten (Gadamer, 2010; Svare 2006).

I følge Svare (2006) er mange av dialogene vi mennesker har i det daglige uformelle samtaler. Disse uformelle samtaler finner sted ved middagsbordet, i forbifarten på vei til kaffemaskinen, i køen på butikken, over en kaffe på kafe ol. Felles for disse dialogene er at man ikke bruker mye tid på å tenke over dem. Dette er også samtaler som vi ikke nødvendigvis finner veldig betydningsfulle. Dette er samtaler som handler om helt vanlige ting og som i sin struktur hopper fra det ene temaet til det neste. Kan man da si at slike samtaler ikke er viktige? Skal man ikke bruke tid og ressurser på slike samtaler mellom pasienter, pårørende og sykepleier? Svare (2006) viser til Patricia Meyer Spacks, som snakker om viktigheten av småprat i alle situasjoner. I følge Spacks bidrar småprat til viktig refleksjon. Ved å snakke om oss selv og andre bygges det et helhetlig bilde av de små bitene som vår erfaring består av. Småpraten sørger for at vår erfaring og kunnskap skapes i en helhetlig fortelling og at vi finner sammenhenger som vi alle er en del av (Svare, 2006).

*”Det mest vesentlige i dialogen (...) er møtet mellom to parter som åpner seg for hverandre og lar seg berøre av hverandre.”* (Svare, 2006, s. 45). Slik beskriver Martin Buber dialogen. Han snakker også om den ordløse dialogen; hvor det er mulig for to mennesker å ha en dialog uten at et ord blir ytret. Betingelsen er som nevnt over – at de åpner seg for hverandre og lar seg gjensidig berøre. Dette setter han også som betingelser for at det skal kunne finne sted en dialog med ord. Å være en god dialogpartner, hevder han, handler om mer enn å ha ordet i sin makt, det forutsetter en helt egen oppmerksomhet hvor man er våken, oppmerksom og engasjert i den andre (Svare, 2006).

### 2.8.2.1 Dialogens idealer

Gjennom teorien ser man at dialogen kan betraktes som et samarbeidsprosjekt. Hvordan dette kan oppnås påvirkes av mange ulike faktorer. Svare (2006) hevder man kan snakke om dialogen idealer, og viser til dermed til mange av faktorene som kan eller bør være tilstede for å kunne ha en god dialog. Det første han trekker frem er idealet om å være en god lytter.

*”Hvis ingen lyttet, ville ingen tale.”* (Svare, 2006, s. 73). Når man i en dialog tar ordet og ytrer seg, er det man sier rettet mot noen. Det er noen som skal høre det man sier. Det at noen

lytter er det som gjør dialogen mulig. Lytterens rolle i dialogen er noe man kanskje ikke tenker så mye på, men den gode dialogen krever at man vet når man skal ta ordet og når man skal tie og lytte (Svare, 2006). Også hos Hummelvoll (2005) ser man betydningen av det å lytte i dialogen. Han hevder lytting er en forutsetning for en god samtale og at selve lyttingen er en aktiv tilstand som er preget av et nærvær i situasjonen. Den gode lytteren vil representere en positiv kraft som hjelper den andre til å uttrykke det han eller hun ønsker å formidle (Hummelvoll, 2005).

Det neste idealet Svare (2006) trekker frem er det å åpne seg for egen og andres innsikt. I korte trekk handler dette om at man kan møte andre i en dialog, med en holdning som viser at det er viktig å lytte. Grunnen til at dette er viktig i denne sammenhengen er at man som aktive lyttere viser at det den andre formidler har betydning. Det er viktig for den som lytter å få med seg budskapet, fordi lytteren trenger det; lyttingen gir informasjon som man kan ha nytte av. Det å lytte i dialogen, og være åpen for andres innsikt, vil utvide lytterens horisonter og utvide personens perspektiver. Lytting kan altså, i følge Svare (2006), gjøre mennesket til et klokere menneske (Svare, 2006). Videre trekker han frem det å være målbevisst som ideal. Teorien viser at dialoger kan ha mange ulike mål. Svare (2006) hevder det å være målbevisst i forhold til dialogen er en del av det samarbeidet som alle dialoger har som fellesskap. I dialogen forplikter deltakerne seg til et felles anliggende, og det kreves at de er bevisste på hva målet for dialogen er. Samtidig er det en forutsetning at de sammen forsøker å nå dette målet – de må være målbevisste. Dette trekkes frem som, ved siden av lytting, en av de viktigste ferdighetene en god dialogdeltaker må utvikle (Svare, 2006). Et annet ideal som trekkes frem, og som kan sees i sammenheng med å være målbevisst er relevans. I all dialog er det viktig at bidragene man gir til dialogen er relevante. Man kan si at et relevant bidrag er et bidrag som hjelper alle deltakere å ta ett skritt nærmere målet for samtalen. Samtidig er det også en fordel at relevante bidrag bringer frem noe nytt i samtalen, dette for at man skal komme videre i dialogen og videre frem mot dialogens felles mål (Svare, 2006).

Som nevnt tidligere er dialogen et samarbeidsprosjekt, og man kan si at dette krever et visst samspill mellom de som er deltakere i dialogen. Dette samspillet regnes også som et ideal. Det å skape et slikt godt samspill i dialogen krever gjensidig oppmerksomhet hos deltakerne. I tillegg ser man at idealet om samspill krever at man forsøker å involvere hverandre i

samtalen. En god måte å involvere hverandre på er å stille spørsmål. Det å stille spørsmål i dialogen er også et ideal som trekkes frem. Gadamer (2010) hevder at en virkelig samtale bare kan oppstå dersom det er rom for å stille spørsmål. Man må dermed lære seg å stille spørsmål, lære seg spørsmålenes funksjon, kraft, betydning og hvilket potensiale spørsmål har for dialogen. Man må lære seg å undres slik at man ønsker å få frem noe gjennom å stille spørsmål (Gadamer, 2010; Svare, 2006).

Mange vil nok undre seg over at kritikk også er et av dialogens idealer. Svare (2006) viser til at man i dialogen må være kritiske i betydningen av å granske noe så grundig som mulig. På den måten kan bidragene i dialogen granskes slik at man både får frem de sterke og svake sidene. Man må øve opp en sterk oppmerksomhet mot det som skjer i dialogen, og skjelne mellom de ulike elementene som opptrer og disse må vurderes ut fra ulike standarder. I forlengelsen av dette ser man at idealet om sosial årvåkenhet også blir viktig. Dialogen består ikke bare av ord og tanker. Det non-verbale i dialogen – følelsene og de sosiale relasjonene må også granskes. Å kunne se og oppdage det som skjer i dialogen på dette non-verbale området er både en forutsetning for den gode dialogen samt et mål for dialogen som man kan strekke seg etter (Svare, 2006).

I dialogen blir også ærlighet trukket frem som et viktig ideal. Starter man en dialog med felles mål, forventer man at deltakerne kan stole på hverandre, at man gir ærlige svar på de spørsmål som stilles og at man kan gi konkrete tilbakemeldinger til hverandre. Man kan på mange måter si at dette også handler om etikken i dialogen. Dette ser man hos Kant i Svare (2006) der han viser til ærlighet som et overordnet etisk prinsipp (Svare, 2006). I forlengelsen av ærlighet som ideal kan man se sammenhenger med høflighet, takt og respekt. Svare (2006) trekker også frem disse som ideal for dialogen. Kan man alltid være bunnløst ærlig? Kan man, slik vi i dagligspråket vårt kaller det, snakke rett fra hjertet? Nå når man har vist til ærlighet som et ideal, er det da slik at den omsvøpsløse ærligheten er den man foretrekker? I følge Svare (2006) er svaret ja, men at man må være bevisst på at denne typen ærlighet har sine farer. Den må omgås med forsiktighet, og den har grenser som ikke bør overskrides. På den måten kan man si at ærlighet, i ordets vanlige forstand, bare har verdi så man tar høyde for idealene høflighet, takt og respekt (Svare, 2006).

De siste idealene som trekkes frem er positivitet, kjærlighet og tro, håp og ydmykhet. Disse må alle ses i sammenheng, fordi de handler om deltakernes holdninger til hverandre, og deres evner til å tenke positivt om de bidrag som bringes inn i dialogen. Det å dyrke positivitet i en dialog handler i korte trekk om at man ser etter det gode, det interessante og det nyttige i ethvert innspill til dialogen, også i de innspill hvor det tilsynelatende er lite positivt å finne. I tillegg må deltakerne ha evne til å møte hverandre med en vennskapelig holdning og en ydmykhet i forhold til vissheten om at alle kan gjøre eller ta feil, og at dette også kan skje med en selv. I forlengelsen av dette vil det at man har tro på det beste i mennesket, har tro på at den andre har det som skal til for å gjennomføre dialogen, være en forutsetning for den gode dialogen. Det å inneha dialogens idealer er kanskje for mange et stort mål å nå, men det viktige er jo at det ikke er enten eller, men at det handler om grader av måloppnåelse i forhold til disse idealene (Svare, 2006). Den profesjonelle dialogen mellom pasienter, pårørende og helsepersonell vil alltid være preget av dialogens idealer. Dette betyr likevel ikke at alle idealer er innfridd i enhver samtale eller i ethvert møte.

### *2.8.3 Profesjonell kommunikasjon*

Eide og Eide (2013) hevder at profesjonell kommunikasjon ikke er det samme som kommunikasjon i dagliglivet. I sitt yrke kommuniserer man ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere. I min sammenheng vil det bety at man kommuniserer som sykepleier. Det betyr at deltakerne i dialogen eller kommunikasjonen er personer som av ulike årsaker trenger helsepersonellens hjelp eller assistanse. I min oppgave ser man at deltakerne i dialogen er pasienter, pårørende og sykepleiere (Eide & Eide, 2013).

Med profesjonell kommunikasjon mener man den type kommunikasjon som hører til ens yrke, dette betyr også at man som deltaker i denne kommunikasjonen har og får en spesiell rolle. Innen helsevesenet vil man som sykepleier få yrkesrollen som ”hjelper”. Denne rollen vil alltid føre med seg et sett av forventninger, både fra en selv og fra de man kommuniserer med. Ofte innebærer dette at man som helsepersonell er forventet å skulle fylle en hjelpende funksjon for den andre. Slike forventninger har sitt grunnlag i den faglige kunnskap og kompetanse ”hjelperen” besitter (Eide & Eide, 2013).

Formålet ved profesjonell kommunikasjon er helsefaglig, og kommunikasjonen bør derfor alltid være hjelpende i den forstand at den er faglig begrunnet og til hjelp for den andre. Det overordnede formålet er det samme selv om man som sykepleier har ulike arbeidsområder, metoder og pasientgrupper. *”Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse”* (Eide & Eide, 2013, s. 18) slik formuleres det i den internasjonale kodeks for sykepleiere. Den profesjonelle, helsefaglige kommunikasjonen er basert på yrkets verdigrunnlag, hvor tanken om likeverd, rettferdighet, og respekt står veldig sterkt. Disse tre, likeverd, rettferdighet og respekt, ligger også til grunn for alle helsefaglige profesjoner. *”I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter”* (Eide & Eide, 2013, s. 19).

I forlengelsen av tanken om likeverd, rettferdighet og respekt tar man utgangspunkt i at alle pasienter og pårørende er selvstendige (autonome) personer som er autoriteter på egen helse. Dette fremhever viktigheten av å møte både pasienter og pårørende med respekt og at man tar deres perspektiv på alvor. I tillegg betyr dette også at det er viktig å la pasienter og pårørende beholde så stor innflytelse på sin egen situasjon som overhode mulig. Det å la pasienter beholde mest mulig makt og kontroll, samt at man lar dem være delaktige i beslutninger som angår dem selv, kalles empowerment. Dette er en holdning som vises godt i praktisk kommunikasjon og ved å involvere pasienten i beslutninger, og denne holdningen er begrunnet i etiske verdier (Eide & Eide, 2013; Askheim, 2012). En av forutsetningene for empowerment er at kommunikasjonen i møtet mellom pasient, pårørende og helsepersonell er pasientrettet; såkalt hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2013).

#### 2.8.3.1 Aspekter ved hjelpende kommunikasjon

Når man snakker om hjelpende kommunikasjon, hevder Eide & Eide (2013) at man bruker ordet hjelpende for å tydeliggjøre at kommunikasjonen skal være til hjelp for pasienten. Som nevnt over er en slik hjelpende kommunikasjon ment å være pasientrettet, og en slik pasientrettet kommunikasjon er etisk begrunnet i verdiene; likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Eide & Eide, 2013). I forlengelsen av dette er det viktig å få frem at det ikke finnes noen klar ”oppskrift” på hjelpende



kommunikasjon. Grunnen til dette er at alle situasjoner og møter mellom mennesker er unike, og dermed kan man heller ikke følge en spesifikk oppskrift for hvordan kommunikasjonen skal foregå. Det man imidlertid kan, i følge Eide & Eide (2013), er å forholde seg til noen aspekter som kan ha betydning for hvorvidt kommunikasjonen i et slikt møte fungerer og oppleves hjelpende for pasienter og pårørende. Eide & Eide (2013) har sammenfattet 10 aspekter som kan være med på å gjøre kommunikasjonen hjelpende, og da også pasientrettet:

1. *Å lytte til den andre (aktiv lytting)*
2. *Å observere og fortolke den andre verbale og nonverbale signaler*
3. *Å skape gode og likeverdige relasjoner*
4. *Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte*
5. *Å møte den andres behov og ønsker på en god måte*
6. *Å stimulerer den andres ressurser og muligheter*
7. *Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon*
8. *Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg*
9. *Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål*
10. *Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger.*

(Eide & Eide, 2013, s. 21).

Gjennom dette ser man at for å kunne gjennomføre hjelpende kommunikasjon er man avhengig av gode kommunikasjonsferdigheter. Slike ferdigheter kan i følge Eide & Eide (2013) regnes som hjelpemidler i forhold til *”.. å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte”* (Eide & Eide, 2013, s. 21). Man ser altså at gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for hjelpende kommunikasjon, og man kan dermed skjønne hvor viktig dette er i møtet mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Det blir dermed også viktig å påpeke at dårlig, mangelfull eller misvisende kommunikasjon kan ha store konsekvenser i møter mellom aktørene i min oppgave; pasienter, pårørende og sykepleier.

#### 2.8.4 *”Den gode samtalen”*

I møtet mellom pasienter, pårørende og sykepleier er den gode samtalen viktig. Den gode samtalen blir dermed synonymt med hjelpende kommunikasjon. Skjervheim (1996)

vektlegger hvor viktig språket er for den gode samtalen. Han hevder det er gjennom språket man kommer i kontakt med andre mennesker, og at man også gjennom språket kan avgjøre om samtalen blir god eller ikke. Det samme ser man hos Falk (2013) når han sier at det handler om samtalekunst, og at kunsten er å skape kontakt. Denne kontakten mener han skapes "... ved oppmerksomhet og autentisk (ekte) nærvær." (Falk, 2013, s. 11). I den gode samtalen er makt et viktig aspekt, og Skjervheim (1996) peker på at den ene samtalepartneren kan ha mer makt enn den andre i samtalen. Eksempler på dette vil i min sammenheng kunne bety at sykepleiere, i kraft av sin profesjonelle kunnskap, kan bruke et språk som pasient og pårørende ikke forstår. Dette kan være en måte for sykepleieren å vise sin makt på. Her må man ha et bevist forhold til hvordan man bruker språket sitt i møte med andre mennesker, og spesielt i møtet med pasienter og pårørende. Videre ser man at både kontekst og tillit er viktige for å få til den gode samtalen. Står man ved sengen mens pasienten sitter, kikker man på klokken mens man samtaler, lar man samtalen avbrytes av en telefon eller lignende, alt dette er med på å utvise makt i møtet og i selve samtalen. Den gode samtalen bygger på tillit, og denne tilliten må gå begge veier. Alt i alt er det fagpersonen, sykepleieren, som har både ansvaret og muligheten til å skape grunnlaget for en god samtale (Falk, 2013; Skjervheim, 1996).

En viktig faktor for at sykepleieren skal klare å skape et slikt grunnlag som Skjervheim (1996) snakker om, er i følge ham selv enkelt; man må ta mennesket alvorlig. Sykepleieren må ta pasienten og pårørende på alvor, og godta at det som sies ikke alltid trenger å ha bakenforliggende motiver. Hvis man ikke møter pasienten og pårørende på denne måten, eller selv møtes slik, kan det i følge Skjervheim (1996) være en grobunn for mistillit (Skjervheim, 1996). I den gode samtalen opplever altså både pasient og pårørende at de blir tatt på alvor, dermed er dette noe man som sykepleier må være oppmerksom på i møtet med pasienter og pårørende.

Samtalen, enten den er god eller dårlig, vil i følge Skjervheim (1996) alltid være en relasjon med tre deler; sykepleier, pasient/pårørende og selve saken. Saken er altså det som skal deles i samtalen. I denne relasjonen hevder han at sykepleieren sitter på nøkkelen til å engasjere seg i saken eller ikke. Som nevnt over handler dette også om makten i samtalen. Hvis sykepleieren møter pasienter og pårørende med å ta dem på alvor, samtidig som han eller hun velger å

engasjere seg i saken, er grunnlaget for den gode samtalen lagt. Det å la seg engasjere i saken, handler ofte om å se at man har noe til felles. Hvis helsepersonellet behandler det pasient og pårørende sier som et faktum, så stiller man seg selv utenfor. Hvis man i stedet deltar i det pasienten sier, viser empati og fellesskap, så er man engasjert i saken. Et slikt engasjement er et grunnlag for å forstå hvordan pasient og pårørende har det, og det handler i stor grad om empati. Et slikt engasjement er ikke noe man har eller ikke har, her handler det om at sykepleieren velger å la seg engasjere (Skjervheim, 1996).

Ofte vil man som sykepleier møte pasienter og pårørende i krise. I slike situasjoner kan den gode samtalen bli vanskelig. Falk (2013) hevder følgende: *”Selv om emnet er komplisert, trenger ikke samtalen om det å være det. Hvis det oppleves som ”vanskelig” å snakke sammen, er det ikke fordi det er innviklet, men fordi det er noe du prøver å vri deg unna.”* (Falk, 2013, s.17). Det handler altså ikke om tema for samtalen, men hvordan tema påvirker sykepleieren. Her er det viktig at man ikke bagatelliserer sykepleierens opplevelse av at det er vanskelig, for dette er helt reelt. Imidlertid blir det viktig å fokusere på det som er vanskelig og hvorfor det er slik. Falk (2013) sier at man ofte synes slike samtaler er vanskelige fordi de påvirker en selv. Kanskje er det slik at man påvirkes av pasientens smerte, kanskje er det slik at sykepleieren ikke orker å bære den andres smerte eller sin egen maktesløshet i situasjonen. Her kan man selvfølgelig ramse opp mange ulike faktorer som kan gjøre dette vanskelig. Hovedsaken er at det er denne vanskeligheten sykepleieren må forholde seg til, og for å kunne delta og være engasjert i samtalen, må dette tas hånd om (Falk, 2013). Oppsummert ser man altså at den gode samtalen, hjelpende kommunikasjon, er avhengig av relasjonen mellom sykepleier, pasient/pårørende og saken det skal samtales om. Av og til kan dette være vanskelige tema, andre ganger kan det være ren informasjon. Uansett hva saken er, er det viktig å møte pasienter og pårørende med å ta dem på alvor og å la seg engasjere i samtalen.

## 3.0 Metodebeskrivelse

### 3.1 Innledning

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å gjennomgå de metoder jeg har benyttet meg av i prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Jeg har i min studie valgt å bruke kvalitativ metode, og når man snakker om vitenskapelige metoder omhandler dette de retningslinjer som sikrer at arbeidet er faglig forsvarlig. Hos Grønmo (2004) ser man at han definerer metode på følgende måte; *”Generelt sett er en metode en planmessig framgangsmåte for å nå et bestemt mål.”* (Grønmo, 2004, s.27). Dette målet vil i denne sammenheng handle om å skape kunnskap om fenomenet trygghet i en gitt situasjon. Samtidig vil metoden også angi hvordan man skaper kunnskap og utvikler teori, samt sikre at disse møter de krav som stilles til kvalitet og relevans.

Når man skal studere fenomener er framgangsmåten, ifølge Grønmo (2004), avhengig av fenomenets egenart. Fordi ulike fagområder studerer ulike fenomener, ser man at det alltid vil være variasjoner mellom metodene som anvendes. I tråd med dette ser man at samfunnsvitenskapen dermed omfatter metoder som utvikles og brukes i forskning som handler om mennesket i samfunnet. Man bruker dermed metoder bestående av systematiske og planmessige fremgangsmåter for å skape kunnskap og teori omkring mennesket og samfunnet det lever i (Grønmo, 2004). Samfunnsvitenskapen kan dermed ses på som et samspill mellom teoretisk forståelse og empirisk kunnskap i tillegg til de metoder som anvendes for å undersøke selve fenomenet. Det er dette samspillet jeg ønsker å anvende når jeg gjennom innsamlet data fra mine informanter svarer på min problemstilling. Det teoretiske rammeverket brukes i et samspill med innhentet informasjon, for dermed å kunne skape forståelse rundt fenomenet.

I vitenskapen ser man ofte at det skapes et skille mellom metode og metodologi. Som vist ovenfor refererer metode til framgangsmåten som anvendes i studier. Metodologien derimot brukes om fundamentale og prinsipielle forståelsesformer som ligger til grunn for utvikling og bruk av ulike metoder. Det handler altså i stor grad om de generelle prinsipper for utvikling av kunnskap (Grønmo, 2004). Videre ser man at Grønmo (2004) mener forholdet mellom metodologi og metode kan sammenlignes med forholdet mellom teori og empiri. De metoder

som brukes innenfor samfunnsvitenskapelig forskning kan sies å bygge på grunnleggende metodologiske prinsipper, mens de valg man tar av konkrete metoder for spesifikke undersøkelser bygges på mer fundamentale metodologiske spørsmål. Et slikt metodologisk spørsmål kan være om man skal anvende kvalitative eller kvantitative data. Det handler om hvilken type data man finner hensiktsmessig å bruke i det aktuelle studiet; hvordan skal informasjonen uttrykkes? Studier der data uttrykkes i tall vil kvantitativ metode være mest hensiktsmessig, mens studier der data uttrykkes i tekst vil den kvalitative metoden være mest hensiktsmessig å anvende (Grønmo, 2004). I min studie er det den kvalitative metoden som blir mest hensiktsmessig i og med at mine data presenteres i tekst, samt at man ved bruk av kvalitativ metode har større mulighet til å bringe frem en større forståelse.

I følge Grønmo (2004) preges det meste av forskning av en pendling fram og tilbake mellom teori og empiri, og forskeren vil i denne pendlingen bygge på ulike metoder for å skape forbindelser mellom dem. Når man beveger seg fra teori til empiri hevder Grønmo (2004) at man baserer seg på metoder for problemformulering. Han mener man da tar utgangspunkt i teori og formulerer problemstillinger for empiriske undersøkelser. I slike studier er hensikten ofte å teste om teorien man har tatt utgangspunkt i er holdbar. Hvis man derimot går fra empiri til teori hevder han at man bygger på metoder for fortolkninger. Da kan man bruke resultater fra empiriske undersøkelser i drøftinger i forhold til teoretiske perspektiver (Grønmo, 2004). I min oppgave har jeg, i tråd med Grønmo, valgt den andre av de to måtene å anvende teori og empiri. Når jeg går fra empiri til teori kommer dette frem ved at innsamlet data fra mine intervjuer brukes opp mot det teoretiske rammeverket jeg har tatt utgangspunkt i. Metoden er valgt på bakgrunn av dens styrke i å innhente data som kan fortolkes. Hensikten blir da, i følge Grønmo (2004), å generere ny teori. Man ser ofte at både fortolkning og problemformulering inkluderes i samfunnsvitenskapelige studier, men at disse skiller ut fra hvor hovedvekten ligger. I studier med hovedvekt på problemformulering og teoritestning ser man at det baseres på deduktive opplegg hvor hensikten er å dedusere eller avlede spesifikke problemstillinger fra den teorien som skal testes. I studier der hovedvekten ligger i fortolkning og teorigenerering ser man at de bygger på induktive opplegg der hensikten er å inducere eller bygge opp en spesifikk forståelse ut fra empirien (Grønmo, 2004). I min oppgave mener jeg at jeg bygger på både deduktive og induktive opplegg. Grunnen til dette er at jeg bruker etablert teori som grunnlag for vurderinger i forhold til empiriske data, samt at jeg forsøker å etablere meningsdannelse i de samme empiriske data.

## 3.2 Kvalitativ metode

Ryen (2002) hevder det er viktig å redegjøre for sine valg. Dette hevder hun på bakgrunn av at når man velger noe, velger man alltid bort noe annet (Ryen, 2002). I denne oppgaven har jeg valgt kvalitativ metode for å fremskaffe relevante data som kan belyse problemstillingen. Denne metoden er valgt fordi jeg mener den vil være med på å gi det beste grunnlaget for å kunne svare på fenomenet man ønsker belyst. I tråd med Ryen vil man dermed velge bort noe annet; kvantitativ metode. Ryen (2002) hevder videre at man ofte skaper et grovt skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode, hvor kvalitativ forskning står sterkt i disipliner innenfor humaniora og samfunnsvitenskap (Ryen, 2002). Kvale et al. (2009) påpeker at den senere tids fremvekst av kvalitativ metode kan ses i sammenheng med en kvalitativ orientering. *”Ifølge denne må prosesser og fenomener i verden beskrives før det kan utvikles teorier om dem, forstås før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter”* (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009, s.31). Det er nettopp denne beskrivelsen man ved hjelp av kvalitativ metode kan bringe opp og frem. Det finnes mange ulike kvalitative metodene for datainnsamling, som går fra deltagende observasjon, via intervjuer, til diskursanalyse, for å nevne noen.

### 3.2.1 Fenomenologi – forstående studie

Forstående studier har som hensikt å utvikle en mer helhetlig forståelse av de forhold som studeres. Her skal man også belyse hvilken mening eller betydning som knytter seg til disse forholdene. Ofte ser man at slike studier også omtales som fortolkende studier, fordi slike studier i stor grad dreier seg om en eller annen form for fortolkning (Grønmo, 2004). Det er nettopp denne fortolkningen jeg er på jakt etter i min oppgave. Jeg fortolker de data informantene gir meg inn mot fenomenet jeg undersøker.

I studier der fortolkning sikter på belysning av meningsaspekter samt en helhetlig forståelse, vil man i følge Grønmo (2004), se det som en forutsetning at det er en nærhet mellom forskere og informanter i en studie. Samtidig som det er fordelaktig at forskeren utvikler en nærhet til informantene, er det også viktig at han/hun har evne til innlevelse i de hendelser, handlinger eller meningsytringer som er relevante i forhold til analysen og fortolkningen av arbeide. Denne helhetsforståelsen krever at aktørene eller fenomenet som studeres, blir studert

som del av en større kontekst samtidig som de blir analysert i forhold til den samme gitte konteksten. Man ser at mange forstående studier retter søkelyset mot aktørene i deres naturlige kontekst – nemlig deres hverdagsliv (Grønmo, 2004). Den nærheten som her beskrives av Grønmo blir sentral i min oppgave. Dersom man som forsker ikke oppnår en form for tillit hos informantene vil de med liten sannsynlighet gjøre seg sårbare ved å fortelle deres oppriktige mening. Som forsker handler det i stor grad om å være autentisk overfor informantene, slik at de ikke gir de svar de tror man ønsker å høre, men gir sine oppriktige svar på de spørsmål som stilles.

I slike studier, der det legges såpass stor vekt på nærhet, innsikt og innlevelse, vil grunnlaget ligge i kvalitative data og kvalitative analyser. Slike studier handler i stor grad om intensjon og mening, og vi finner at fenomenologiske studier er eksempler på dette (Grønmo, 2004; Postholm, 2010). Min studie kan sies å ha et utgangspunkt der hovedvekten ligger i det fenomenologiske perspektivet fordi man er ute etter informantenes opplevelse av fenomenet trygghet.

Fenomenologiske studier vil, i følge Postholm (2010), beskrive meningen som individet legger i sin opplevelse av erfaring med et bestemt fenomen (Postholm, 2010). I den sammenheng ser man ofte at det psykologiske perspektivet vil være hensiktsmessig, siden målet med en slik forskning har fokus på individet og dets opplevelse samtidig som man forsøker å finne ut hvordan det samme fenomenet oppleves av flere enkeltindivider. Den samme forståelsen finner man hos Kvale (2009) når han skriver følgende: *”Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves for informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter.”* (Kvale et al., 2009, s.45).

Hvordan man forstår individet er en grunnleggende tanke i fenomenologien. Grønmo (2004) mener virkeligheten er slik individene selv oppfatter den – det er altså deres egen opplevelse, deres livsverden som legges til grunn (Grønmo, 2004). Samtidig ser man den samme tanke om livsverden hos Postholm (2010) når hun hevder at fenomenologien har sinne røtter i

Husserls filosofiske perspektiver. Her handler det i stor grad om at man gjennom et reflekterende selv skal kunne oppnå vitenskapelig kunnskap ved studier av erfaringer. Husserl mener man i bevisstheten finner individets perseptuelle erfaringer, og at fenomener eksisterer i individets bevissthet. Denne bevisstheten er viktig for livsverden, fordi det som er i livsverden er noe som oppfattes av bevisstheten. Husserl bruker begrepet intensjonalitet når han refererer til den mye omtalte bevisstheten (Postholm, 2010). Postholm (2010) beskriver dette slik: *"I Husserls filosofi er intensjonalitet et viktig begrep. Dette begrepet refererer til bevisstheten, eller, sagt på en annen måte: til den indre erfaringen av at bevisstheten er rettet mot "noe"."* (Postholm, 2010, s.42). Sagt på en annen måte kan man si at det er snakk om en interaksjon som skaper mening og forståelse mellom individet og verden (Grønmo, 2004; Kvale et al., 2009; Postholm, 2010). Denne interaksjonen er det man prøver å finne og fremme i min studie, der individets opplevelse av trygghet er i fokus.

### **3.3 Gjennomføring av undersøkelsen**

#### *3.3.1 Utvalg*

I denne oppgaven er hensikten å se på trygghet som fenomen i en bestemt setting. Gruppen det gjelder, er i tråd med fenomenologisk forskning, de som har kjennskap til det aktuelle fenomenet. I denne sammenhengen blir det da naturlig å fokusere på ansatte med tilknytning til institusjoner i regi av helsevesenet. Her har jeg hatt fokus på en gruppe sykepleiere samt en sykehusprest. I denne oppgaven brukes både empirisk datamateriale og eksisterende teori. Det empiriske materialet baserer seg på kvalitative intervjuer med mine informanter. Blant mine informanter er det god spredning både i kjønn og alder. I tillegg har de ulike forutsetninger i blant annet erfaring, enkelte har arbeidet i yrket i flere tiår, mens andre er relativt nye i denne type arbeid.

#### *3.3.2 Gjennomføring av intervjuer*

Postholm (2010) hevder kvalitativ forskning har som hensikt å forstå deltagernes perspektiv på et bestemt tema. Fokuset blir ofte rettet mot menneskers handlinger i en naturlig og hverdagslig kontekst (Postholm, 2010). Denne hverdagslige konteksten er det jeg tar utgangspunkt i når jeg intervjuer ansatte i helsevesenet. For å avdekke deres opplevelse av fenomenet trygghet, er det viktig å ta utgangspunkt i de ansattes handlinger i en naturlig og



hverdagslig kontekst. Videre ser man at Postholm (2010) hevder at kvalitativ forskning ofte fremmer å oppnå dypere forståelse av fenomenet det forskes på ved bruken av kvalitativt intervju, fremfor kvantitative metoder (Postholm, 2010). Kvale et al. (2009) støtter Postholm i hennes beskrivelser av kvalitativ metode og dens styrker, når de hevder at samtalen er det fundamentale i all mellommenneskelig kommunikasjon. Videre påpeker de at, dersom man ønsker å finne ut av hvordan andre mennesker oppfatter seg selv og verden rundt seg, er det hensiktsmessig å stille dem spørsmål (Kvale et al., 2009). I min oppgave ligger ønsket om å bringe frem informantenes perspektiver og meninger på fenomenet trygghet. Ved å forske kvalitativt kan jeg oppnå en dypere forståelse for hvordan ansatte i helsevesenet opplever viktigheten av trygghet i sitt arbeid. Når man skal innhente data rundt dette fenomenet, vil kvalitativt intervju dermed være den mest hensiktsmessige metoden å anvende.

I følge Postholm (2010) finnes det ulike typer strukturering av et kvalitativt intervju. Dette spenner seg fra det strukturerte og formelle intervju, til det strukturfrie og uformelle intervjuet (Postholm, 2010). En plass i mellom disse ytterpunktene finner man semistrukturert intervju – den typen intervju jeg velger å bruke i denne oppgaven. Denne type intervju bærer ofte preg av at man har en form for struktur i spørsmål man ønsker å stille, og en plan for selve intervjuet. I tillegg er man ikke helt låst til planen og spørsmålene, da det ofte dukker opp elementer under selve samtalen som kan være interessante å følge opp med videre spørsmål.

Kvale et al. (2009) beskriver det semistrukturerte intervjuet på denne måten: *”Et semistrukturert livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av mening med fenomenet som blir beskrevet. Det ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål. Både en særegen tilnærming og teknikk er nødvendig. Det er semistrukturert – det er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overenstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål. Intervjuet blir som regel transkribert, og den skrevne teksten og lydopptakene utgjør til sammen materialet for den etterfølgende meningsanalysen”* (Kvale et al., 2009, s.47)

Kvale et al. (2009) gir her et godt bilde av hva et semistrukturert intervju innebærer. Dette er intervjustrukturen som har blitt brukt gjennom forberedelsene til mine intervjuer og strukturen

til intervjuguiden min. (Vedlegg 1). I utformingen av intervjuene har nøkkelspørsmål blitt konstruert på forhånd. Formingen av slike spørsmål gjøres ofte selv om, og fordi, man på forhånd tror man vet svaret. En slik type spørsmål gjør at intervjuguiden er teoriladet. Dette betyr at jeg har tatt utgangspunkt i teorier som sier noe om fenomenet, eller deler av fenomenet som det forskes på. Teoriene man har tatt utgangspunkt i har vært avgjørende for utformingen av de spørsmål mine informanter har svart på.

Kvale et al. (2009) hevder intervju er en profesjonelt samtale som omhandler intervjuobjektets subjektive opplevelser av et fenomen. Dette krever at intervjueren også bidrar til at kunnskap konstrueres i interaksjonen mellom intervjuobjektet og intervjuer. Det er lett å tro at et intervju består av spørsmål og svar, men i følge Kvale et al. skapes intervjukunnskapen i en samhandling mellom intervjuer og intervjuobjekt. Skapelsen av denne kunnskapen skjer i en samtalerelasjon (Kvale et al., 2009). Som intervjuer er det altså meningen at jeg, i samhandling med mine informanter, skal skape en forståelse av fenomenet det forskes på. Under selve intervjuet vil man sjelden kunne forutsi hva informantene vil si, og derfor kreves det en reflekterende evne hos intervjuer, for å kunne bygge nye spørsmål på meninger som informantene fremmer. Her blir det jo også viktig å informere informantene om at man er åpen for å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet.

Som man ser ovenfor hevder Kvale et al. (2009) at intervju handler om å skape kunnskap i interaksjon med intervjuobjektet (Kvale et al., 2009). I denne oppgaven kan man si at jeg har to ulike respondentgrupper, sykepleiere og sykehuspresten. Ved å ha to slike ulike respondentgrupper vil man få to ulike perspektiver på ett fenomen. I gjennomføringen av intervjuene ble det brukt samme intervjuguide på begge respondentgrupper, og selv om man bruker samme spørsmål vil man likevel få ulike perspektiver på samme fenomen. Sammen skapte man en forståelse av den enkeltes holdning til, og forståelse av, fenomenet trygghet.

### *3.3.3 Bearbeiding av datamaterialet*

Alle mine intervjuer ble tatt på lydbånd via bruk av diktafon. Etter gjennomførte intervjuer startet behandlingen av datamaterialet. Det første som ble gjort etter selve intervjusekvensen var å transkribere intervjuene, for deretter å kode og kategorisere transkripsjonene.

### 3.3.3.1 Transkripsjon

Når man som forsker er ferdig med den direkte interaksjonen med informantene, kommer man over i en annen fase av arbeidet hvor fokus nå ligger i arbeid med resultatet av intervjuene. I følge Kvale et al (2009) kan transkripsjoner sees på som en prosedyre hvor man tar for seg transformasjonen fra muntlig samtale til skriftlig tekst. Denne delen av arbeidet er nødvendig for at samtalen skal kunne være tilgjengelig for analysen (Kvale et al., 2009).

Intervjuene jeg har gjennomført er samtaler mellom to personer, ansikt til ansikt. Gjennom transkripsjonen blir denne samtalen abstrahert og fiksert i en skriftlig form. Det er altså snakk om en oversettelse fra talespråk til skriftspråk. I følge Kvale et al (2009) ser man ofte i denne transformasjonen at man kan miste enkelte elementer. Eksempler på dette kan være; utfoldelsestempo, stemmeleie, toneleie, intonasjon, kroppsspråk og åndedrett. Dette betyr at man kan sitte igjen med hybrider eller kunstige konstruksjoner som kanskje ikke er dekkende i forhold til samtalen man hadde i utgangspunktet. Transkripsjoner blir på den måten svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av intervjuene (Kvale et al, 2009). I forlengelsen av dette blir det dermed enda viktigere for min del å ta i betraktning konteksten og andre faktorer som spiller inn i samtalen i min behandling av intervjuene. I tillegg blir det viktig for meg å reflektere over samtalene og konteksten underveis. I intervjuer oppstår det ofte elementer man legger spesielt merke til, og disse er det viktig jeg husker og reflekterer over i løpet av denne prosessen.

Transkripsjonsprosessen i min studie har vært som følger; Alle intervjuer er gjennomført med lydopptak. Lydopptakene transkriberte jeg selv, etter å ha vurdert på hvilken måte dette skulle gjøres. Siden jeg ønsker å ha strenge krav til anonymiteten til mine informanter, har jeg valgt å transformere det muntlige dialektspråket over til bokmålsskriftspråk. På den måten kan ingen informanter gjenkjennes ut fra dialekt. Videre har jeg selvfølgelig anonymisert informantene i denne prosessen, med tanke på konfidensielle hensyn. Jeg har også valgt å holde meg til en tilnærmet ordrett transkripsjon, der pauser, gjentakelser, ”eh” og ”mhm” og latter er tatt med. Etter at transkripsjonene var ferdige har jeg gått gjennom lydfilene og transkripsjonene for å sikre at alt som skal med er kommet med.

### 3.3.3.2 Fenomenologisk analyse

I denne delen av arbeidet handler det om å gjennomgå de transkriberte intervjuene for så å systematisere teksten. Siden det her er meningen jeg skal finne frem til meningsinnholdet i det innsamlede datamaterialet, finner jeg det hensiktsmessig å bruke fenomenologisk analyse. De transkriberte intervjuene gjennomgås med et ønske om å finne den dypere meningen i det mine informanter forteller i intervjuene. I arbeidet med denne fenomenologiske analysen har jeg valgt å forholde meg til de fire stegene som fremheves av Johannessen et al. (2010); (1) Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold, (2) koder, kategorier og begreper, (3) kondensering, (4) sammenfatning (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010:173).

Det første steget innebærer å lese gjennom alt datamateriale, for på den måten å skaffe meg et helhetsinntrykk av intervjuene. I forlengelsen av dette markerte jeg sentrale temaer i materialet og fjernet informasjon som ikke er relevant for oppgaven. Jeg foretok altså en meningsfortetning. Dette handler, i følge Johannessen et al. (2010), om at man korter ned informasjonen ved å fjerne de elementene som ikke gir relevant kunnskap eller informasjon og som dermed kan regnes som støy (Johannessen et al., 2010).

Det neste steget handler om å finne meningsbærende elementer. Hva i mine intervjuer er relevant for problemstillingen? Her gjennomgikk jeg alt materiale, og fant frem elementer i tekstene som gir informasjon om de sentrale temaene som ble fremhevet i første steg av analysen. Elementene i teksten markeres deretter med kodeord som kan angi hvilken informasjon det gir. Dette kalles koding, og klassifiserer informasjon hentet fra datamaterialet. Johannessen et al. (2010) hevder forskere vil ordne teksten i klasser og kategorier ut fra de elementene – kodene, som er sentrale for analysen. Disse kodene kan være både deduktive og induktive koder (Johannessen et al., 2010). De deduktive kodene har tilknytning til problemstillingen og det teoretiske rammeverket, mens de induktive kodene kommer fra datamaterialet i seg selv. Bakgrunnen for bruken av deduktive koder ligger i intervjuguiden intervjuene er basert på. Som nevnt tidligere er min intervjuguide i stor grad teoriladet, og spørsmålene er laget på bakgrunn av mine forventninger, oppfatninger og ikke minst min teoretiske bakgrunn.

Det tredje steget innebærer å utvikle kategorier. Hensikten her er å abstrahere meningsinnholdet i de kodene vi allerede har funnet, ved å trekke ut de tekstelementene som er kodet (se figur 1). Dette kalles kondensering. Videre kan jeg ordne det reduserte materialet ut fra kodeordene og kategoriene jeg har satt opp. Her ser man at flere kodeord kan settes sammen i en og samme kategori, og noen kategorier kan kanskje deles opp. Johannesen et al (2010) mener dette steget i analysen danner utgangspunkt for å kunne skrive en fortettet tekst (Johannessen et al., 2010). Her ser jeg at kategoriene gir meg en god oversikt over de viktigste temaene som kommer frem i intervjuene. Når jeg sorterer materialet i slike kategorier gir det muligheter til å avdekke mønstre, sammenhenger og fellestrekk; som vist i figur 1. Når jeg så anvender tekst fra transkriberingen og bruker skjema som vist i figur 1, forenkler det prosessen med koding og kategorisering.

Spørsmål	Svar	Koder	Kategorier	Egne refleksjoner
Er pasienter og pårørendes opplevelse av trygghet i møtet med sykepleieren viktig?	"Jeg tenker jo at alle mennesker som kjenner seg trygge og i varetatt, er mer sanne ovenfor seg selv, og kan mer våge å være seg selv. Så det med trygghet i møte med meg som samtalepartner, så er det helt opplagt at jeg opplever at samtalen blir en helt annen når folk kjenner seg trygg på meg, en når folk er utrygg.	Samtale Trygghet	Kommunikasjon Trygghet Tillit	

**Figur 1:** Visualisering av kategorier

I det fjerde og siste steget ser man at det i følge Johannessen et al. (2010) handler om å sammenfatte materialet for å utforme nye beskrivelser. Når jeg så analyserer de funn som er gjort, mener han det kan skje en meningsfortetning, samt en beskrivelse på et høyere nivå (Johannessen et al., 2010). Her bruker jeg altså mine funn fra empiriske data og vurderer dem opp mot eksisterende forskning og teorier. Når man i denne sammenheng snakker om funn, så handler det i stor grad om mønstre og lignende som blir identifisert gjennom arbeidet med koder, kategorier og selve analysen i sin helhet.

### 3.3.4 Min rolle som forsker

I kvalitativ forskning regnes forskeren selv som det viktigste redskapet eller instrumentet i arbeidet. I følge Postholm (2010) nærmer forskeren seg sitt arbeid med utgangspunkt i et paradigme. Hun hevder videre at forskning innen kvalitativ metode gjennomføres i et konstruktivistisk paradigme, og at viktige begreper i den sammenheng blir ontologi, epistemologi og aksiologi (Postholm, 2010). Hvor befinner så jeg meg i denne sammenhengen? Jeg har en forståelse av at virkeligheten, som ontologien handler om, skapes av deltakerne i forskningen. Mine informanter og jeg som forsker skaper sammen virkeligheten slik den fortoner seg i forhold til temaet for denne studien.

I følge Guba & Lincoln (1989) i Postholm (2010) hevdes følgende; *"Begrepet epistemologi dreier seg i kvalitativ forskning om forholdet mellom forskeren og forskningsdeltakeren"* (Postholm, 2010:34). Her ser man at epistemologien handler om hvordan kunnskap konstrueres. Kunnskapen konstrueres i interaksjon mellom mine informanter og meg selv som forsker. Samarbeidet mellom informantene og forskeren skaper den virkelighet som blir gjeldende for denne oppgaven, og dermed ser man det Postholm også trekker fram når hun sier at skillet mellom ontologi og epistemologi blir uklart (Postholm, 2010).

Det tredje begrepet; aksiologi, som Postholm (2010) trekker frem, handler om at alle kvalitative studier er verdiladet. All kvalitativ forskning vil på mange måter være påvirket av forskerens subjektive, individuelle teorier (Postholm, 2010). Slik er det også i min oppgave, og derfor er det viktig at mine perspektiver og meninger kommer frem, slik at det viser hvordan jeg kan ha påvirket dette forskningsarbeidet. Som forsker går jeg inn i dette arbeidet med ulike forståelser og meninger om fenomenet som det rettes fokus mot, og jeg prøver så godt jeg kan å ikke la min forforståelse være for styrende for arbeidet. I tillegg prøver jeg å ha et åpent sinn i forhold til den informasjonen mine informanter gir meg.

Videre ser man hos Kvale et al. (2009) at også forskerens integritet blir viktig i kvalitativ forskning når han sier følgende: *"Moralsk ansvarlig forskningsatferd er noe mer enn abstrakt etisk kunnskap og kognitive valg. Den er forbundet med forskerens moralske integritet, hans eller hennes sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål og moralsk handling.*

*Betydningen av forskerens integritet øker i forbindelse med intervju, fordi intervjueren selv er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap.*” (Kvale et al., 2009, s.92). Min integritet som forsker blir viktig i denne sammenhengen fordi jeg har valgt intervju som kvalitativ metoden i denne oppgaven. Det handler i stor grad om hvordan jeg forholder meg til mine informanter i forhold til etiske vurderinger, viktigheten av å være ærlig og rettferdig både i møte med informantene og i forhold til fremstillingen av oppgaven, samt viktigheten av å respektere alle de følelser slike intervjusamtaler kan forårsake. Som Kvale sier det: ”.. *er forskerens integritet – hans eller hennes kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet – den avgjørende faktor.*” (Kvale et al., 2009, s.92).

### 3.3.5 *Forskningsetiske refleksjoner*

I all type forskning ser man at forskerne har mye ansvar. Her skiller man i hovedsak mellom to typer ansvar: For det første har man et ansvar innad i forskningsmiljøet i forhold til etterlevelse av normer for vitenskapelig redelighet, normer for sitatpraksis og henvisninger til kilder og litteratur, samt normer om åpenhet og saklighet. For det andre har man et ansvar utad, i forhold til dem som ikke er del av forskningsmiljøet men som berøres, enten indirekte eller direkte av forskningen som gjennomføres. Alle elementene som her presenteres står beskrevet som sentrale forskningsetiske retningslinjer (etikkom.no). I tråd med dette ser man at forskeren har mye ansvar når det gjelder de menneskene som er informanter i en undersøkelse som dette. Et viktig punkt her gjelder informasjon. Informantene skal ha all mulig informasjon som er nødvendig for at de skal kunne danne seg en riktig forståelse av hva de blir spurt om å være med på. Jeg har selv rekruttert informantene til denne undersøkelsen og de har alle fått et informasjonsskriv som ble utformet til denne undersøkelsen (vedlegg 2), og de har skrevet under på samtykkeskjema (vedlegg 3).

I denne informasjonen viser jeg til hensikten med undersøkelsen, hva den skal brukes til, at det er frivillig å være med, at man kan trekke seg hvis det er ønskelig og hvilke metoder som er tenkt brukt i arbeidet. I tillegg vektlegges det sterkt at de til enhver til vil være anonyme i det videre arbeidet med intervjuene. All denne informasjonen ble selvfølgelig gjentatt i hvert møte med hver enkelt informant. Her ble det også spurt om samtykke til lydopptak av intervjuene, samt gitt en forklaring på hvordan disse lydfilene oppbevares og destrueres etter

at oppgaven er ferdig. Elementene som her har blitt presentert er viktige og i tråd med De Nasjonale Forskningsetiske Komitéene (Etikkom.no).

Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger, faller inn under personopplysningsloven, og vil som hovedregel være meldepliktige forutsatt at behandling er godkjent av personvernombudet for forskning. Jeg fikk følgende svar da jeg meldte inn mitt prosjekt til NSD; *"Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende i personopplysningsloven."*(NSD, 14.03.2016) (Vedlegg 4). Personvern handler om at informantens opplysninger blir beskyttet. I min oppgave bruker jeg ikke opplysninger som på noen måte kan identifisere informantene er. Et annet viktig punkt i forhold til det etiske ved slike undersøkelser er dette med samtykke. Som hovedregel her gjelder at prosjekter kun skal settes i gang etter *".. deltakernes informerte og frie samtykke"* (etikkom.no). Som jeg nettopp har vært inne på, skal aktørene få all mulig informasjon før de samtykker. Det at man har slike krav om samtykker skal være med å forhindre krenkelser av personlig integritet, og er dermed til det beste for både informanter og forskere (etikkom.no).

### **3.4 Kvalitet i forskningsarbeidet**

Som forsker er jeg avhengig av å ha intervju kvalitet i mine intervjuer for at hele min undersøkelse skal være pålitelig (Kvale et al., 2009). I tråd med andre undersøkelser som bruker intervju som datainnsamlingsmetode bygger jeg mine svar på de data informantene gir meg. Disse dataene brukes opp mot det teoretiske rammeverket, og skal kunne bekrefte eller avkrefte min problemstilling. Dermed er det viktig å ha god kvalitet i intervjuene. Denne intervju kvaliteten er i tråd med Kvale et al. (2009) når de hevder at kvaliteten i intervjuene er sentralt for den videre kvaliteten i analyseringsarbeidet, verifiseringsarbeidet og rapporteringen av intervjuene (Kvale et al., 2009).

Når man snakker om intervju kvalitet henviser man til selve intervju prosessen. Hvis man tar utgangspunkt i kvaliteten på datamaterialet, er man over på hva som ofte betegnes som reliabilitet. I følge Grønmo (2004) viser reliabilitet hvor pålitelig datamaterialet er. (Grønmo, 2004). I min undersøkelse har jeg intervjuet 8 personer Alle har ulike forutsetninger for de



svar de har gitt. Når man da skal si noe om reliabilitet i min undersøkelse kan man trekke paralleller til Kvale et al sin forståelse av intervju kvalitet. Jeg har beskrevet hvordan jeg har gjennomført de ulike fasene av dette arbeidet slik at leseren får innsikt i hele min undersøkelse. Samtidig ser man at mange elementer fra de ulike intervjuene bekrefter hverandre, noe som også er med på å skape reliabilitet i forhold til datamaterialet. I følge Postholm (2010) skal man i undersøkelser som har høy reliabilitet kunne gjenskape datamaterialet uavhengig av hvem som er forsker (Postholm, 2010). Det betyr at i min undersøkelse skal den neste som forsker på samme problematikk, kunne få de samme dataene som mine informanter har gitt meg i denne undersøkelsen. Her møter reliabilitet utfordringer i kvalitativ forskning siden kvalitative intervjuer ofte er kontekstavhengige og informantene er unike – derfor trekker ofte begrepet validitet inn i kvalitativ forskning.

Grønmo (2004) presenterer validitetsbegrepet på denne måten: *”Validitet refererer som nevnt til datamaterialets gyldighet i forhold til de problemstillingene som skal belyses”* (Grønmo, 2004, s.231). I forlengelsen av dette ser man at Kvale et al. (2009) refererer til intervju som et håndverk. Det betyr at det å gjennomføre et intervju krever både praktiske ferdigheter og personlige egenskaper (Kvale et al., 2009). Videre ser man at validitetskriterier er viktige for kvalitativ forskning. Postholm (2010) viser til at et validitetskriterie er at man har dokumentert prosessen så grundig som mulig, og at denne dokumentasjonen bidrar til at man kan trekke de konklusjonene man gjør (Postholm, 2010). Validiteten i min oppgave avhenger av om mine resultater er troverdige og sannsynlige, samtidig som både funnene og prosessen i seg selv er så godt dokumentert at leseren kan følge alle valg og slutninger som er gjort gjennom dette arbeidet. I denne oppgaven har jeg gjort undersøkelsen godt synlig for leseren og intervju prosessen er grundig dokumentert. Jeg vil hevde at min oppgave og tilhørende data er av god kvalitet fordi jeg gjennom hele denne prosessen har tatt hensyn til de faktorer som kan ha hatt innvirkning på både prosessen og resultatet. Dette medfører at mine resultater vil være logiske og kan belyse min problemstilling.

## **4.0 Presentasjon og drøfting**

Gjennom de intervjuene jeg har gjennomført i dette arbeidet, samt i analysen av datamaterialet, ser man at det er flere områder som fremtrer som spesielt sentrale i forhold til denne studien og min problemstilling. Noen av disse områdene har jeg slått sammen, da de teoretisk også har mange sammenhenger. I denne delen av oppgaven ønsker jeg først, ved hvert område, å presentere de empiriske data som kommer frem i intervjuene med mine informanter. Deretter vil dette drøftes opp mot relevant teori.

### ***4.1 "... og da må man faktisk ta seg tid til å bli kjent med den andre" – møtet, relasjonen og identitetens betydning for trygghet.***

Gjennom intervjuene med mine informanter ser jeg at de ofte trekker frem selve møtet, relasjonen som skapes i dette møtet og rollene man tar/får som sentrale i forhold til opplevelsen av trygghet. Dette finner man også i teoriene om trygghet og de ulike områdene som nevnt i overskriften. Samtidig er det også enighet blant informantene om at denne betydningen er gjensidig. Når man sier at selve møtet, relasjonen og identiteten har betydning for opplevelsen av trygghet, ser man samtidig at trygghet ofte er en forutsetning for at møtet mellom sykepleiere, pasienter og pårørende blir et godt møte. Man ser at tryggheten kan være en forutsetning for at det skapes en god relasjon og man ser at det kreves en viss trygghet for at man skal kunne finne sin rolle, eventuelt ta imot en rolle man blir gitt. Alt dette kommer frem i de svar mine informanter gir meg gjennom intervjuene.

En av mine informanter sier følgende: *"...trygghet er kjempeviktig for at de skal ha en god opplevelse av måten å bli møtt på og hvordan de blir ivaretatt"* Her ser man tydelig det jeg har vist til ovenfor, at tryggheten regnes som en forutsetning for at møtet blir godt og at pasient og pårørende skal få en god opplevelse av dette møtet. Samtidig sier dette noe om hvor viktig ivaretagelsen i møtet er. Det å føle seg ivaretatt gjør at både pasienter og pårørende kan oppleve at de er i trygge hender. Dette ser vi også når en av informantene fremmer følgende: *"Hvis du ikke klarer å skape en trygghet der de veit at du gjør det beste for dem, ihvertfall det du mener er det beste for dem, så klarer du ikke å møte dem der de er."*

*Og da blir møtet veldig fort negativt.*” I følge denne personen er det altså viktig å møte pasienten der han er, i hans opplevelse av eget hjelpebehov. Samtidig sier dette noe om rollene i møtet, der den ene defineres som hjelpetrengende og den andre som hjelpegivende. Her ser man at identiteten som pasient og identiteten som sykepleier er fastslått.

Når det gjelder identiteten i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende ser jeg at mange av mine informanter snakker om denne identiteten uten å bruke ordet identitet. Likevel snakker de om disse rollene i møtet. Ofte handler dette, som nevnt over, om at ivaretagelse i møtet og den relasjonen som skapes er avhengig av sykepleierens kunnskap og erfaring. Som en av informantene så treffende beskriver det: *”.. og noen ganger var ungene så syke, så ekstremt syke når de kom. Og da hadde vi jo ikke tid til å ta oss tid til å informere eller fortelle så mye.... det som var tryggheten da, var tryggheten om at vi visste hva vi skulle gjøre”*. Altså ser man at sykepleierens identitet er sammensatt av kunnskapen og erfaringen som gjør at pasienten vet at sykepleieren vet hva han/hun skal gjøre. Pasienten og/eller pårørende vet at de er i trygge hender og at de blir ivaretatt på best mulig måte. Dette ser man også hos andre informanter når de fremmer følgende: *”... så så vi jo det at bare med å være der... å formidle at nå er du trygg, nå er det verste over, så så vi jo veldig godt hvor mye det betydde for dem og for deres opplevelse.”* og *”.. og for å få pasienten på lag med deg, er det jo viktig at alle føler seg trygge”*. Dette viser både at man får og tar ulike roller i denne relasjonen og i dette møtet, samtidig som det sier noe om hvor viktig det er at man har en forståelse av hva disse rollene og eller identitetene innebærer. Videre ser man også at identiteten både hos sykepleiere og pasienter innebærer noen viktige faktorer som kan påvirke hvordan møtet og relasjonen utarter seg. Pasienter kan i mange tilfeller identifisere seg med andre pasienter innenfor samme sykdom, dette kan medføre både frykt og glede avhengig av hvilken sykdom det er snakk om. Når de identifiserer seg på denne måten, blir det ekstra viktig for sykepleieren å ivareta denne forestillingen som pasienten har; enten i form av å trøste eller å glede seg med pasienten. Dette vil da være, som nevnt over, i tråd med å møte pasienten der han/hun er.

Når jeg spør informantene om hvorfor det er viktig med trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, og hva som skal til for at denne tryggheten oppstår får jeg mange ulike svar. Absolutt alle er enige i at tryggheten er viktig, og ovenfor har jeg skrevet litt om hvorfor

dette er viktig. Videre har vi sett litt på hva som skal til for å skape denne tryggheten. En av mine informanter sa følgende i intervjuet: *”.. og tryggheten begynner med helt sånne vanlige ting som hvordan man behandler folk”*. I forlengelsen av dette forklarer informanten at han da tenker på helt vanlig folkeskikk og at dette er en utrolig viktig del av det å jobbe i helsevesenet. Grunnen til dette utbroderer han videre slik: *”Det er for at de skal stole på helsevesenet, stole på at de blir ivaretatt”*. Men er det da alltid slik at man får til dette? På dette spørsmålet er alle informantene enige når de sier at man av og til ikke får det til. En av dem sier følgende: *”... og noen ganger er det gjerne sånn, vi passer ikke sammen med alle”* og *”dermed blir det å være profesjonell ekstra viktig”*. Her ser vi altså at ansvaret for den trygge opplevelsen ligger hos den profesjonelle sykepleieren. Det er han/hun som skal forsøke å skape en opplevelse av trygghet for pasienten både i møtet med sykepleieren, i relasjonen som skapes mellom dem og i identiteten pasienten får gjennom nettopp å være pasient eller ved å ha en eller annen sykdom. Det er ikke alltid like enkelt å skape denne opplevelsen av trygghet, men den profesjonelle gjør så godt han/hun kan.

#### 4.1.1 Drøfting: Møtet, relasjonen og identitetens betydning for trygghet.

Når man ser på de gjennomførte intervjuene i lys av teorien, ser man at informantene snakker om flere temaer som hører til teoriene omkring møtet, relasjonen og identiteten. Ofte ser man at de ikke bruker samme begreper, men det de snakker om handler om det disse teoriene forteller oss.

Alle informantene i denne studien fremhever møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende som noe spesielt. Det er noe eget ved situasjonen når noen som er hjelpetrengende møter hjelpegivere. Også i teorien vektlegges dette møtet som noe spesielt og til tider unikt. Enkelte går så langt som å si at alle møter hele tiden er unike. Når Hummelvoll (2005) beskriver møter mellom mennesker sier han nettopp dette – at ethvert møte mellom mennesker er enestående i seg selv fordi akkurat dette møtet aldri har hendt før og vil aldri skje på samme måte igjen. Slik mener informantene mine i stor grad at møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende også er. Man møtes flere ganger, men hver gang man møtes er situasjonen kanskje litt annerledes og dette gjør selve møtet unikt i sin form. Videre hevder Hummelvoll (2005) at det første møtet mellom mennesker legger grunnlaget for alt som skal skje videre mellom disse menneskene. Informantene mine er av samme formening, og trekker frem hvordan dette

første møtet legger grunnlaget for relasjonene mellom sykepleiere, pasienter og pårørende. Videre er det flere som hevder dette første møtet legger grunnlaget for hele behandlingen av pasienten, og for hvordan behandlingen kan gjennomføres på en så god måte for pasienten som mulig. Dermed ser man at både teorien og mine informanter er enige om viktigheten av møtene mellom sykepleier, pasient og pårørende, og kanskje spesielt viktigheten av det aller første møtet mellom dem (Hummelvoll, 2005).

I dette møtet er det alltid slik at en av partene må ta initiativ. På mange måter kan man si at pasienten har tatt dette initiativet når han/hun har bedt om hjelp. Det jeg tenker på i denne sammenheng er ikke denne type initiativ, jeg tenker mer på at det i selve møtet må tas initiativ slik at man klarer å komme i dialog med hverandre, slik at man klarer å skape en relasjon. Dette med å ta initiativ er også noe som fremheves i teorien. Eide og Eide (2013) viser til Løgstrup når de snakker om dette. Løgstrup beskriver dette initiativet som nødvendig for at møtet, relasjonen og dialogen skal komme i stand. Videre sier han at det ikke er nok med en person som tar initiativ; det må være noen som responderer på initiativet også. I min sammenheng vil det derfor være naturlig at det er sykepleieren som tar initiativet, fordi han/hun sitter på erfaringen og kunnskapen i det aktuelle tilfellet, og at det dermed er pasienten og/eller pårørende som responderer på dette. Dette krever visse forutsetninger hos sykepleieren, som nevnt tidligere i dette arbeidet. Blant annet handler det om evne til kommunikasjon, evne til empati, at han/hun er ekte og sannferdig samt at man innehar en viss grad av relasjonskompetanse. Disse tankene kommer frem i intervjuene flere ganger, og det virker som det er en enighet om dette blant informantene. Spesielt dette med empati trekkes frem av flere, og dette er også noe som fremheves i teorien som viktig i forhold til møtet mellom mennesker. Hummelvoll (2005) er en av dem som viser til hvor viktig empati er for dette møtet og for relasjonen som skapes i møtet. Empati handler, i følge Hummelvoll (2005), om evnen til å kunne se verden fra den andres øyne, og på den måten oppleve det den andre opplever. I forhold til min studie og de svarene jeg får fra mine informanter handler dette om sykepleierens empati og hans/hennes evne til å sette seg inn i situasjonen til pasienter og pårørende (Eide og Eide, 2013; Hummelvoll, 2005). I følge mine informanter er dette den eneste måten man kan bli kjent med pasienten på, og det er også viktig for å kunne behandle pasienten riktig.

I intervjuene beskriver informantene møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende som en kontinuerlig prosess. Dette handler jo tross alt ofte om flere møter enn bare dette ene. Ofte forholder man seg til pasienter som er innlagte over en viss tidsperiode, og dermed kommer denne prosessen inn i bildet. Fra man første gang møter pasienten, gjennom behandling og frem til en eventuell utskrivelse. Dette kjenner man igjen fra Hummelvoll (2005) sine teorier om fellesskapet mellom sykepleiere og pasienter. Dette fellesskapet handler på mange måter om dette som informantene mine snakker om – prosessen. Hummelvoll (2005) beskriver dette fellesskapet som en prosess i fire ulike faser; forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. Her handler det om at sykepleieren forbereder seg til dette første møtet slik at han/hun kan imøtekomme pasienten på best mulig måte. Deretter vil det første møtet befinne seg i det som kalles orienteringsfasen. Videre vil behandlingen og relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende befinne seg i arbeidsfasen. Denne kan være lang eller kort avhengig av situasjonen, og handler om både behandling, selvinnsikt i egen diagnose samt at pasienten møtes med et helhetlig syn fra sykepleierens side. Etter endt behandling kommer avslutningsfasen, hvor pasienten på mange måter skal klare seg selv. Hele denne prosessen snakker informantene om, men fasene beskrives ikke med samme begreper. Likevel er det dette handlingsforløpet som beskrives i intervjuene. Her fremheves det også at de ulike delene av handlingsforløpet er viktige faktorer i forhold til dette med trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. I sammenheng med dette snakker også de aller fleste informantene om at de i dette handlingsforløpet har retningslinjer og lover og regler å forholde seg til. Dette er også noe som fremkommer som viktig i teorien (Hummelvoll, 2005).

Gjennom intervjuene ser man at informantene stadig knytter møtene mellom sykepleier, pasient og pårørende til relasjon. De mener det skapes relasjoner i møtet mellom disse menneskene. Dette finner man også igjen i teorien, og man kan gå så langt tilbake som til Aristoteles (2006). Han snakker om hvordan relasjonene vi mennesker har er med på å forme oss som mennesker. I følge ham vil de moralske dydene samt menneskets egen forståelse av egne sterke og svake sider, læres og formes i møtet med andre mennesker. Denne relasjonen er altså en forbindelse mellom mennesker og denne forbindelsen vil være med på å påvirke menneskene gjensidig. Informantene mine snakker om denne påvirkningen i forhold til prosessen pasienten skal gjennom med tanke på behandling. Hvis pasientene opplever en trygghet i møtet med helsevesenet generelt, vil det videre handlingsforløpet påvirkes i positiv

forstand. Dette avhenger litt av hvordan, som nevnt over, pasient og pårørende blir møtt, ivare tatt og forstått i møtet med sykepleieren. Informantene fremhever, i likhet med teorien, at relasjonen som skapes i møtet er viktig for pasientens opplevelse av trygghet (Aristoteles, 2006; Eide og Eide, 2013).

Alle informantene er enige om at relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende har betydning for behandlingen pasienten skal gjennom. Dette finner man også i teorien, blant annet hos Hem, Heggen og Ruyter (2008). De hevder at den gode relasjonen er en forutsetning for god behandling. Videre sier de at dette handler om å skape et godt tillitsforhold og en god behandlingsallianse med pasienten. Denne tilliten i relasjonen finner man også hos Løgstrup (2012). Han hevder at man aldri er i relasjoner med andre mennesker uten at det finnes tillit. Hos ham er relasjonen mellom mennesker avhengig av en gjensidig tillit. Dette finner man også hos mine informanter. De hevder at tilliten er avgjørende for at relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende skal bli god, og ikke minst at denne tilliten i relasjonen er en forutsetning for den videre behandlingen av pasienten. Hva kreves det da av sykepleieren for å få en slik god relasjon? Mine informanter gir ulike svar, men de er alle inntil følgende egenskaper; gode kommunikasjonsferdigheter, empati, trygghet i sin rolle som sykepleier, samt "Bed-side-manners". Flere av disse egenskapene finner man også i teorien hos Stein-Parbury (2009). Hun hevder sykepleie er en sosial aktivitet som krever sosial kompetanse. Denne sosiale kompetansen innebærer at man har ferdigheter og kunnskaper innen både kommunikasjon og relasjon. Det viktigste, mener hun, er imidlertid at sykepleieren blir kjent med pasienten. Her skiller hun mellom tre typer kjennskap; kjennskap til saken, kjennskap til pårørende og personlig kjennskap. Hun fremhever altså et helhetlig syn på pasienten. Videre ser man hos Kristoffersen et al (2011) at holdninger og væremåte spiller en viktig rolle i forhold til den gode relasjonen. Hvordan sykepleieren fremtrer i de ulike situasjonene med både pasienten og de pårørende er en viktig faktor i dette. Også mine informanter snakker en del om holdninger og væremåte. De trekker frem at man må være lydhøre for pasientens behov og ønsker, og at deres holdning til pasienten og pårørende, ja til og med deres holdning til selve diagnosen, har noe å si for hvordan relasjonen oppleves for dem alle sammen. (Hem, Heggen og Ruyter, 2008; Løgstrup, 2012; Stein-Parbury, 2009; Kristoffersen et al, 2011).

Flere av informantene hevder at det å få til en god relasjon med pasienten forutsetter at man vet hvem man er når man møtes. Hvilke roller har man i slike møter? Hvem er vi? I samtalene kommer det frem at mange pasienter blir sin egen sykdom, med dette mener de at pasienten tar på seg en pasientrolle ut fra den kjennskap de har til egen sykdom. Dette er med på å bekrefte flere identitetsteorier, blant annet bekrefter dette teorien om identitet som sosial prosess. Det at identitet påvirkes av sosiale relasjoner og menneskets omgivelser er noe som flere teoretikere stille seg bak. Både John Locke, David Hume, William James og mange flere forstår identitetsbegrepet som en sosial prosess der identitetsskapingen påvirkes av mange ulike faktorer. Dette er i tråd med det mine informanter sier; identiteten til både pasienter, pårørende og sykepleiere påvirkes av hverandre. Dermed ser man at Mæhlum (2003), og hans tanker om en konstruktivistisk oppfatning av identitetsbegrepet, blir viktig i denne sammenhengen. Identiteten til både sykepleiere, pasienter og pårørende skapes blant mennesker og kan endres etter påvirkning fra flere ytre forhold (Jørgensen, 2008; Tagney og Leary, 2003; Tollefsen et al, 2008; Mæhlum, 2003).

Når informantene snakker om hvordan pasienten tar en rolle eller identitet ut fra sin egen sykdom, snakker de om symbolsk interaksjonisme. Dette finner man i teorien hos blant andre Tagney og Leary (2003) og hos Tice og Wallace (2003). Symbolsk interaksjonisme handler om hvordan man skaper sin identitet ut fra hva man tror andre ser og tenker om oss. Spesielt gjelder dette hvis man skaper identiteten sin ut fra hva ”de generaliserte andre” tror og mener. Mead (2005) snakker om dette, og hevder at menneskets identitet skapes i samhandling med ”de generaliserte andre” og at dette ofte er personer man finne i sin egen gruppe. Så når informantene snakker om at pasienten skaper sin identitet ut fra at man har en sykdom – vil ofte andre med samme sykdom være ”de generaliserte andre” som påvirker identiteten. På denne måten vil identiteten man skaper være med på å sette personen inn i en kategori. For pasienten vil dette ofte handler om kategorier som defineres av sykdommen. Eksempler på dette kan være kreftpasient, hjertesyk pasient osv. Slike identiteter eller roller opptrer i følge Goffman (1989) aldri alene, de oppstår i forhold til noe. I mitt tilfelle oppstår pasientidentiteten i forhold til behovet for hjelp, i forhold til helsevesenet og i forhold til de personer man møter. Rollene man tar eller får trenger ikke være frivillige. De velger jo ikke å bli pasienter, men rollen som sykepleier er jo selvvalgt. Goffman (1989) hevder at det ikke spiller noen rolle om man har valgt selv eller ikke. Han mener det hele handler om hvordan man møter de forventningene som følger den identiteten eller rollen man har, og hvordan disse forventningene er med på å påvirke identiteten og/eller rollen. Informantene snakker



også om denne forventningen til identitet og roller og spesielt ser man dette i de ulike pasientrollene. Pasienter og pårørende vil ofte føle fellesskap og tilhørighet til andre pasienter med samme sykdom, dette er dermed med på å gi pasienten og pårørende en sosial identitet. Slike sosiale identiteter føles ofte trygge for pasienten, det å vite at man ikke er alene om dette føles trygt (Tagney og Leary, 2003; Tice og Wallace, 2003; Mead, 2005; Goffman, 1989; Einarsen og Rise, 2002).

#### **4.2 "Da blir de sånne ulydighetsarbeidere..." – tilliten og omsorgens betydning for trygghet.**

De fleste av mine informanter hevder at både tillit og omsorg er viktige faktorer når det gjelder å skape trygghet i møtet med pasienter og pårørende. Dette finner man også støtte for gjennom teorien jeg har vist til tidligere i denne oppgaven. Gjennom utsagn som: *"Når folk blir veldig syke blir de ofte også veldig redd, og da tenker jeg at det er veldig viktig å gi dem en god omsorg sånn at de kan føle seg trygg på at vi kan det som vi skal gjøre"* og *"Sykepleie er i veldig stor grad at man arbeider med stemmen. Noen ganger: om det ikke er synonymt med trygghet, så er det i allefall veier til trygghet, og det betyr at du må ha magen med deg, ikke sant? Hva skjer her kan man si, og så er det omsorgen i deg som gir deg svar"*, viser godt hvor viktig noen av informantene mener omsorg er i denne sammenheng. Her ser man også at omsorg er noe flere hevder man har i seg, at det er en del av deg. Flere mener også at omsorg er noe man må ha med seg som sykepleier, det er en forutsetning for å kunne utføre yrket sitt.

Videre ser man også at flere trekker frem tillit som viktig i møtet og relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. En av mine informanter uttaler følgende: *"Der hvor man kanskje har det litt travelt, man er litt for kjapp, man har ikke tid til å høre... Og da blir jo pasienten skeptisk med en gang. Og da oppnår man jo ikke noe tillit med disse pasientene."*

Informantene viser her til hvor vanskelig det kan være å skape den tilliten som trengs i relasjonen med pasientene. Videre vises det også til hvor lite som skal til for å ødelegge for en eventuell tillit som allerede er tilstede. Det samme ser man hos en annen informant når han ytrer følgende: *"Tilliten er ikke spontan når du har med et sykt barn å gjøre, da er du som foreldre bare fryktelig redd, noen ganger har du ikke annet valg enn å stole på de folkene, med dette vil ikke være en spontan tillit – den kan være vaklende"*. Som det forrige utsagnet,

viser også dette at tillit mellom sykepleier, pasient og pårørende kan være vaklende og anstrengt. I noen tilfeller kan tilliten også være ikkeeksisterende. Mine informanter er veldig tydelige på at sykepleierens jobb i stor grad handler om å skape tillit slik at pasienter og pårørende kan føle seg trygge og ivaretatt. Denne tilliten trenger altså ikke være spontan, og både sykepleier, pasient og pårørende må arbeide godt for å skape tillit i deres relasjon. Selv om alle i relasjonen må jobbe for å skape tillit, er likevel de fleste informantene enige om at ansvaret for å skape tillit ligger hos sykepleieren.

Men er det da slik at man som sykepleier alltid klarer å skape tillit til pasienter og pårørende? Her er også informantene enige, og det kommer indirekte frem gjennom intervjuene at sykepleierne ikke alltid klarer å skape en relasjon til pasientene hvor tilliten er tilstede. Følgende utsagn viser blant annet til dette; *”For det har man jo sett: det er noen vakter hvor pasienten er trygg og fornøyd og alt er bra. Og så er det noen andre som kommer på vakt, og da står alt på hodet og pasienten er engstelig, personalet går å småkjefter og man forstår ikke annet enn at det er stemninga som er forskjellig. Sykepleie er altså stemningsarbeid, og i den stemninga ligger både omsorg og tillit”*. Man ser altså at både tillit og omsorg kan være personavhengig. Noen sykepleiere skaper god tillit i relasjonen med pasienter og pårørende, mens andre ikke klarer å skape en like god tillit eller omsorg. Som informanten sier det; *”...stemninga er forskjellig”*. Flere informanter snakker om stemningen når de snakker om omsorg og tillit som faktorer som er viktige for opplevelsen av trygghet. Utsagn som *”... og jeg har opplevd at hvis du kan klare å gjøre stemningen litt lettere så får man til ting man ikke fikk til ellers.”* og *”Hvis man ser samme pasient over tid er det lettere å se endringer. Når det da er flere ting inne i bildet kan det oppstå en uheldig stemning, som både kan svekke tilliten og tryggheten.”* er med på å vise hvor viktig stemningen er. I tillegg viser utsagnene at den tilliten og omsorgen som ligger i den gode stemningen gjør behandlingen av pasienten enklere/bedre. Dette er også noe som kan være med på å skape en opplevelse av trygghet for både pasient og pårørende.

I intervjuene ser jeg ofte at når informantene snakker om tillit og omsorg, så snakker de ofte også om tid, det å ha tid til pasientene. Tiden blir dermed en viktig faktor for den tillit og omsorg som skapes i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Blant annet ser man dette hos en av informantene som trekker frem spesialsykepleierens rolle overfor pasienten;

*”... og så har man jo spesialsykepleiere, som for eksempel kreftsykepleiere, og de skal jo være der kun for pasienten og de pårørende, og de skal slippe å gjøre alt rutinearbeidet.”* indirekte ser man at informantene mener slike spesialsykepleiere har mer tid til pasienten fordi de ikke trenger å gjøre alt rutinearbeidet. De kan prioritere den enkelte pasient på en helt annen måte. Det man ofte ser er at det skapes en helt unik relasjon mellom for eksempel kreftsykepleiere og deres pasienter. I forhold til min oppgave velger jeg å holde fokus på de vanlige sykepleierne, men finner det likevel interessant at det markeres et skille her. Videre ser man at tiden er en viktig faktor i følgende utsagn: *”Når du står og holder deg i et dørhåndtak, og viser i all tydelighet at du ikke har tid til å være her...”* I forlengelsen av dette sier også informanten noe om hvor viktig det er å ta seg tid til å bli kjent med pasienten og gjerne de pårørende også. Dette hevder han er en forutsetning for at tillit og omsorg kan finne sted i relasjonen.

Når det nå er snakk om tid som faktor i forhold til tillit og omsorg kom det også frem et annet perspektiv, som også kommer frem i denne delen av oppgavens overskrift; ulydighetsarbeidere. Her fikk jeg et viktig bidrag hos en av mine informanter; *”Da blir de sånne ulydighetsarbeidere, som bruker mer tid, eller gjør mer enn de skal gjøre... så kan det til og med hende at noen andre sier at sånn må du ikke gjøre. Og så kan man tenke: da uthuler man jo alt – da uthuler man for selve menneskeligheten i dette arbeidet”*. I forlengelsen av dette kommer det frem at *”selve menneskeligheten”* handler om hvordan man ivaretar pasienten og at dette i stor grad handler om nettopp tillit og omsorg. Her velger informanten å definere medmenneskelighet med tillit og omsorg spesielt i forhold til sykepleieryrket. Videre pekes det altså på at de sykepleierne som tar seg ekstra tid, eller som gjør mer enn de skal gjøre, ofte får en reaksjon fra sine kolleger. Og i noen tilfeller blir de altså betegnet som ulydighetsarbeidere. Dette utsagnet ble fremhevet av informanten i forhold til hjemmesykepleie spesielt, men det ble korrigert til å gjelde sykepleiere på sykehus også. Dette er altså noe som er erfart at det forekommer flere steder. Noen sykepleiere er villige til å strekke seg litt lenger for den enkelte pasient, og dette er det ikke alle som setter pris på.

Det de fleste informantene er enige om, er at tilliten og til dels også omsorgen er avhengig av at sykepleieren blir kjent med sin pasient. Men hvordan skal man så bli kjent med pasienten, og hvor viktig er dette? I følge informantene skjer dette, som nevnt over, ved å ta seg tid til å

lytte til pasienten. Det skjer når man aktivt lytter og lar pasienten få fortelle om seg og sitt. Gjennom mine intervjuer er dette noe som flere kommer tilbake til i forhold til både tillit, omsorg og trygghet. Spesielt en av informantene snakker mye om dette: *”Det handler rett og slett om å øve seg. Og ha den gode nysgjerrigheten i møtet med et annet menneske. For min nysgjerrighet handler ikke om jeg skal bli tilfredsstilt, men at den andre skal få fortalt den historien som han eller hun ønsker å fortelle, om sitt liv og om sin opplevelse.”* I forlengelsen av dette snakker informanten mye om sin rolle i møtet med pasientene, og hvordan denne rollen påvirker møtet og relasjonen mellom dem. Han forklarer hvordan han samtaler med både pasienter og pårørende, samt hvordan tilliten og omsorgen i disse møtene preger relasjonen mellom dem. Videre sier informanten følgende: *”... jeg vil helst ikke fremstå som en moralens vokter, jeg vil mye heller være et ”menneskets vokter”. Jeg ønsker å ivareta folk, fordi vi som folk er påført så mye som vi ikke har herredømme over. Det er så mye vi ikke velger, men som likevel blir påført oss... derfor er mitt prosjekt på sykehuset å bekrefte for folk det livet de har levd.”* Her er informanten tydelig på at den rollen han har i møtet med pasienten også er viktig for relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Slik han ivaretar pasienten bør også andre som har relasjoner med samme pasient prøve å ivareta ham/henne. Det at pasienten er i den situasjonen han/hun er i, fører ofte til at behovet for å få en bekreftelse på deres verdi er stor. Spesielt ser man dette hos pasienter som gjennomgår palliativ behandling. Dette viser også informanten til når han uttrykker følgende: *”Som jeg sa: Jeg vil bekrefte det livet som folk har levd. Når kroppen kjenner at sykdommen herjer og at døden er nær, da skjer det noe. De aller fleste klarer å innfinne seg med at de skal dø, men å innfinne seg med at livet ble som det ble er det mange som synes er vanskelig. De synes det var smått og puslete det de fikk gjort. Mens jeg ønsker å være med å løfte dem opp til noe stort.”* Her ser man tydelig at det informanten gjør er å gi pasienten en verdi – han løfter dem og livet deres opp til en verdi som gjør at pasienten kan mestre bedre den siste tiden de har igjen. Det å klare å skape den tilliten og omsorgen som slike samtaler krever er en forutsetning for det arbeidet informanten gjør. Denne tilliten i møtet mellom den profesjonelle, pasienten og pårørende er noe av det viktigste informanten kan gjøre i sin jobb, og dette kommer klart frem når informanten på spørsmål om viktigheten av dette svarer: *”Ja det er jo alfa og omega for alt arbeid med mennesker i slike situasjoner.”*

#### 4.2.1. Drøfting: Tilliten og omsorgens betydning for trygghet.

Alle informantene er enige om at tillit og omsorg er viktige faktorer for relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Videre ser man gjennom samtalene at de fleste fremhever et gjensidig avhengighetsforhold mellom omsorg og tillit. De hevder det vil være vanskelig å være omsorgsfull hvis det ikke finnes tillit i relasjonen, samtidig som de mener omsorgen er en viktig del av tilliten mellom mennesker. Begge disse begrepen er viktige begreper som man finner mange teorier om. Martinsen (2005) bruker omsorgsbegrepet mye i sine teorier. Hun hevder at omsorgsbegrepet både er relasjonelt, praktisk og moralsk. I dette legger hun at vi mennesker er avhengige av hverandre og at dette er en stor del av det å være menneske. Man forstår seg selv som menneske sammen med andre mennesker. Man er altså som menneske en del av et større fellesskap. Dette kan man også se som pasient; man er en del av et større fellesskap av pasienter. I tillegg snakker Martinsen (2005) om den praktiske omsorgen. Sykepleie er et omsorgsyrke mener hun, og i det legger hun at man som sykepleier handler i pasientens lidelse og at dette krever en felles forståelse mellom alle parter. I tillegg handler omsorg om hvordan man forholder seg til pasienter og pårørende. Hvordan man oppfører seg, hvilke holdninger og væremåter man har, altså den moralske omsorgen. Man ser altså hos Martinsen (2005) at omsorg har flere betydninger, og at begrepet blir veldig viktig for relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende (Martinsen, 2005).

Informantene bruker også omsorgsbegrepet i forhold til sykepleierens yrkesutøvelse. Omsorg er en viktig faktor i deres daglige arbeid, og de er alle enige om at omsorgen er noe de har i seg – omsorgen ligger i alt de gjør og sier. På spørsmål om hva som kreves for å utvise god omsorg får jeg mange ulike svar. Likevel er de enige om mange faktorer som må være tilstede for å utøve god omsorg. Tillit er den faktoren alle nevner som den viktigste. I tillegg snakker informantene om kunnskap, erfaring, empati, kommunikasjons- og relasjonskompetanse, respekt, etikk osv. Alle disse nevnes som faktorer som er viktig for omsorgen de utviser i yrket sitt. I tillegg fremhever de at deres yrke, at sykepleieryrket handler om å hjelpe og at man i denne hjelpen finner omsorgen som en forutsetning for å kunne utøve yrket. I følge Barbosa da Silva (2006) forutsetter god omsorg at det etableres tillit og respekt i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Akkurat som informantene mine hevder. I tillegg mener han at sykepleierens kompetanse er en betingelse for god omsorg. Her snakker Barbosa da Silva (2006) om kompetanse i form av både teoretiske og praktiske kunnskaper, erfaring

og yrkesferdigheter. Noe av det samme ser man også hos Aristoteles (2006) når han snakker om kunnskapens betydning. Videre handler dette også om verdiskapende egenskaper og moralske dyder. Alt dette blir viktige faktorer for at god omsorg skal kunne utøves. Det handler i stor grad om hvordan sykepleieren handler i de ulike situasjonene, hvordan man kommuniserer med pasientene, hvordan man ivaretar de behov pasienten har for omsorg og trygghet, og ikke minst handler det om sykepleierens holdninger og hans/hennes væremåte. Som en av informantene sa; ”... og noen sykepleiere lyser det jo omsorg av” (Barbosa da Silva, 2006; Aristoteles, 2006).

Når det gjelder tillit, så er som nevnt alle informantene enige om at den er viktig for både relasjonen og for pasientens opplevelse av trygghet i møtet med sykepleieren. Samtidig peker flere på at det kan være vanskelig å skape den tilliten som trengs, og at tilliten av og til kan være ikkeeksisterende. De fleste informantene er enige om at sykepleierens rolle i arbeidet med å skape tillit er veldig viktig. Det er så mange grunner til at pasienten ikke kan være ledende i dette arbeidet, og det synes bare rett og rimelig at sykepleieren har ansvaret for å skape tillit. Når det er sagt, så er de alle enige om at tillit i et møte og en relasjon er noe alle må arbeide godt med. Dette ser man også tydelig i teorien. Martinsen (2005) hevder at man som sykepleier må møte den andre, i dette tilfellet pasienten, på en høflig og rolig måte. Man må vise dem verdighet og anerkjenne dem. I tillegg må man også opptre etisk riktig. I alle former for kontakt mellom sykepleier, pasient og pårørende må sykepleieren være bevisst på å lese situasjonen slik at man opptrer tillitsvekkende. I dette ser man også Løgstrups (2012) etiske fordring, hvor tilliten mellom sykepleier, pasient og pårørende blir mottatt på samme måte, og hvor alle har en tanke om at man vil hverandre vel. Det er snakk om tillit og omsorg i et gjensidig forhold, samtidig som det er snakk om tillit som skapes i relasjoner mellom mennesker (Martinsen, 2005; Løgstrup, 2012).

I noen intervjuer kommer det frem et spennende perspektiv på dette med tillit. Noen informanter snakker om tillit til ”systemet”, til helsevesenet eller organisasjonen. Det at pasienten har tillit til helsevesenet har stor betydning for både møtet med sykepleieren, men også til hans/hennes opplevelse av trygghet i hele situasjonen. Dette ser man også i teorien hos Nortvedt og Grimen (2004) hvor de hevder at tilliten berører helsevesenets nerve. Her trekkes det frem den primærrelasjonen man finner i helsevesenet; altså relasjonen mellom

sykepleier, pasient og pårørende. Disse primærrelasjonene er helt avhengige av tillit, sier de, og denne tilliten krever en viss refleksjon over forbindelsene mellom tillit, sårbarhet og makt. Når informantene snakker om tillit til helsevesenet er det tydelig at de for det meste tenker at kommunikasjon er den faktoren som vekker mest tillit. Her snakker de altså om sykepleierens, eller andre helsepersonells, kommunikasjonsevner. Man ser også dette hos Nortvedt og Grimen (2004) når de fremhever fire tillitsskapende faktorer. Som informantene mener de at kommunikasjon er en slik faktor. I tillegg trekker de også frem sykepleieres kompetanse, deres evne til å følge opp pasienten samt pasientens mulighet til å velge bort sykepleiere de ikke har tillit til. Alle disse er tillitsvekkende faktorer som har betydning for relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende, og som har betydning for selve møtet mellom dem. Også Kristiansen (2005) omtaler tillit i forhold til systemet. Hun trekker frem tre ulike perspektiver ved tillit, og et av disse perspektivene er at tillit handler om å utvikle eller knytte forbindelser eller relasjoner ikke bare til andre mennesker, men også til institusjoner og systemer (Nortvedt og Grimen, 2004; Kristiansen, 2005).

Er det virkelig slik at man alltid kan skape den tilliten som relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende bør ha? Omtrent alle informantene snakker om tillit og at det kan være vanskelig å skape den tilliten man ønsker i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Gjennom samtalene kommer det også frem at de fleste har opplevd situasjoner der de ikke har klart å skape slik tillit. De fleste mener også det er vanskelig å si hvorfor de ikke har klart å skape tillit i relasjonen. Det er ikke noe spesifikt som peker seg ut som grunn i de tilfellene de snakker om. Det at det er vanskelig å finne grunnen, gjør også at man ikke tar med seg noe spesifikt i sin erfaring med dette, men de fleste informantene sier at de tenker på det av og til, og at dette gjør dem mer bevisste i møtet med pasienter og pårørende. Martinsen (2005) er ganske tydelig når hun sier at mistillit oppstår av mangel på tillit. Mangel på tillit kan ofte handle om det asymmetriske forholdet mellom sykepleier og pasient. Her kommer man altså tilbake til Nortvedt og Grimens (2004) tanker om at tilliten krever refleksjon rundt forbindelsen mellom relasjonen, sårbarhet og makt. Hos Martinsen (2005) handler det om at den hjelpetrengende er avhengig av hjelpegiveren, og dette skaper en ujevn maktbalanse som kan ha noe å si for tilliten i relasjonen (Nortvedt og Grimen, 2004; Martinsen, 2005). Informantene sier at det er vanskelig å peke på grunnen til at man ikke klarer å skape tillit, samtidig er de ganske tydelige på hva som kreves for å skape tillit. Her handler det i stor grad om væremåte og holdninger. Dette finner man også hos Martinsen (2005) når hun snakker om

hvordan sykepleieren kan opprettholde og fortjene et tillitsforhold fra både pasienter og pårørende (Martinsen, 2005). Man ser altså at det er flere måter å skape tillit i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Man ser også at man ikke kan ta denne tilliten for gitt, fordi det i noen tilfeller kan være vanskelig å skape slik tillit, og i noen tilfeller vil det faktisk være helt umulig.

#### **4.3 "Godværspsykepleier – selv når det stormer" – Etikkenes betydning for trygghet.**

Som sykepleier har man etiske retningslinjer å forholde seg til i forhold til yrket man utøver. Dette er også noe absolutt alle informantene snakker om; hvor viktig etikken er for arbeidet de skal gjøre, og hvor viktig dette er i møtet med både pasient og pårørende. Som en informant så treffende sier; *"Det er kjempeviktig, for at det sier litt om hvordan man utøver yrket sitt."* I forlengelsen av dette sier informanten videre; *"... det er ikke bare noe man gjør, det er også noe man er"*, som viser til at man både handler og opptrer etisk som sykepleier. Etikken har man altså med seg på flere plan når man utøver yrket sitt som sykepleier, og dette vil da også bety i møtet med pasient og pårørende. At dette med etikk også er viktig for tryggheten i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende kommer tydelig frem i intervjuene. En av informantene uttrykker det på følgende måte: *"... alt fra etikk, moral og respekt er du nødt for å ha med deg inn i møtet med pasienten. Hvis du ikke har det – vil det vises. Det vil jo da si at du ikke bryr deg om pasienten. Og da blir det jo ikke noen god kvalitet over det arbeidet som skal gjøres... det blir ingen trygghet og pasienten kan bli veldig usikker"*. Her ser man at etikken knyttes sterkt opp mot omsorg. Informanten sier i sitt utsagn at hvis du ikke har med deg etikk, moral og respekt i møtet så vil det vises, og at det betyr at du ikke bryr deg om pasienten. I omsorgen for pasienten ligger altså noe av etikken og moralen og respekten som man som sykepleier må ha med seg i yrket sitt. For som informanten sier; *"... det er jo tross alt et omsorgsyrke"*.

Gjennom intervjuene jeg har gjort i denne sammenheng ser jeg at kunnskap og erfaring er viktig for informantene når vi snakker om etikk. Dette handler ofte om at man kan, og viser at man kan, det man skal gjøre rent praktisk – og at man i denne handlingen forholder seg til de etiske retningslinjene man arbeider ut fra i sitt yrke. I tillegg handler det, som nevnt over, ofte om omsorg og i den forstand den erfaring man har med seg gjennom yrket sitt. Man vet i seg selv hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og så handler man ut fra denne erfaringen



når man skal ivareta pasienten på best mulig måte. Som en av informantene uttrykker det; *”... og ofte handler det om din erfaring som profesjonell sykepleier.”* I følgende utsagn får vi eksempler på den kunnskapen som informantene snakker om i forhold til etikken; *”... og så står jeg der da og snakker og holder på, og oppdager at kroppen min er helt trygg på det å sette sammen en slik bag under stort press – det gjør jeg helt automatisk. Fordi dette er noe som jeg kan, jeg har gjort det så mange ganger. Noe er sånn at det blir en del av kroppen, det er man fullkomment trygg på, du vet hvordan du skal gjøre ting, samtidig som hele situasjonen er helt fordømt utrygg”*. Her ser man altså at den innebygde kunnskapen sykepleieren har gjør at han/hun er trygg i situasjonen selv om selve situasjonen er ganske utrygg. I forlengelsen av dette fremhever også informanten det å fortelle hva han gjør og hvorfor han gjør det. På den måten opplever pasienten trygghet i form av at sykepleieren vet hva han/hun holder på med. Flere informanter fremhever dette med teknisk kunnskap når vi snakker om etikk; *”... og det er helt opplagt at en god sykepleier må ha en del tekniske ferdigheter. Men man må også vite at det mennesket man møter er et medmenneske som er mer enn bare kroppen man ser. Man er også en psyke, det er noe som lever inni oss også.”* og i dette utsagnet ser man at det å ha teknisk kunnskap ikke er nok. Informanten fremhever det etiske aspektet at pasienten er et medmenneske. I dette forklarer informanten at sykepleieren må kunne sette seg inn i situasjonen, kunne se seg selv i samme situasjon som pasienten. Det å møte pasienten som et medmenneske er det flere som trekker frem når de skal forklare hvorfor det er viktig med etikk i sykepleien. På denne måten ser man altså at både kunnskap og erfaring er viktig i forhold til etikken i sykepleie; *”Det er klart at erfaringen gjør deg mer trygg og man får bedre selvtillit. Men man får også et bedre blikk for det kliniske”*. Erfaringen du gjør når du utøver den tekniske kunnskapen du har som sykepleier, skaper et helhetlig bilde av den profesjonelle sykepleieren, som arbeider ut fra etiske retningslinjer.

Gjennom disse intervjuene og tema etikk, ser vi altså at det blir et stort fokus på kunnskap og erfaring. I forlengelsen av dette snakker en del informanter om et annet spennende aspekt innenfor dette; hva skjer når arbeidet blir en rutine? Kan rutinen man legger seg til i sitt yrke ha noe å si for det etiske i møtet med pasienten? Eventuelt; kan rutinen ha noe å si for pasientens opplevelse av trygghet? Gjennom disse samtalene får jeg mange gode innspill fra informantene mine, og mange litt uvanlige tolkninger av dette temaet også. En av informantene hevder følgende; *”Jeg tror at rutiner og trening kan ha en påvirkning... rutiner kan være sånn at de kan bli til en hinder. Hvis du er så opptatt av rutiner at du ikke kan*

*improvisere hvis/når ting skjærer seg. Det å kunne tenke hva gjør vi nå? Hva skal skje? Hva trenger vi? Hvis du mister den evnen så har rutinene blitt et hinder.*” Videre forklarer informanten av det man mister i slike situasjoner både kan være evnen til improvisasjon men enda viktigere er det at det kan føre til at du mister evnen til medmenneskelighet. Hvis alt du gjør er rutine, da vil det merkes godt for pasienten. *”... og da blir man jo bare en ting på et samleband, ikke sant?”*. Rutinen kan altså, i følge denne informanten, være et hinder for både omsorg og etikk i møtet og behandlingen av pasienten. Noe av det samme kommer frem hos en av de andre informantene, samtidig som det skapes et viktig skille; *”Hvis tryggheten blir en teknikk, jeg går inn og gjør sånn og sånn, og så har jeg gjort det. Da er det redusert til en væremåte. Men hvis dette er noe som sitter i ryggmargen din som går på hvordan skal jeg forholde meg på en god måte til mennesker, da kan det ikke bli for stort fokus på tryggheten, tror jeg.”* Denne informanten tolker altså dette med rutiner på en litt annen måte. Her ser man at informanten ser på hvordan tryggheten man prøver å skape som sykepleier, fort kan bli en teknikk. Informanten hevder videre at hvis man kommer i slike situasjoner der tryggheten er blitt en teknikk, ja da har det blitt en væremåte. I forlengelsen av dette forklarer informanten at væremåte på den måten kan ses på som rutine. Han mener altså at tryggheten som teknikk fort kan bli en rutine. I stedet, mener han, bør man etterstrebe å ha en trygghet som sitter i ryggraden og er en del av deg. Videre forklarer han at denne tryggheten som man har i seg *”... er den riktige etiske tryggheten”*. En av de andre informantene er inne på det samme med følgende utsagn: *”Det å skape trygghet er noe jeg synes er veldig givende, jeg synes det betyr veldig mye i en slik situasjon. Og når man ikke får det til på en god måte, så føler jeg meg ikke tilstrekkelig. Da har man liksom ikke gjort det man skal gjøre som helsepersonell”*. Informanten fremhever viktigheten av å skape det gode møtet med trygghet for både pasienter og pårørende, og i det samme fremheve dette som noe givende i sitt arbeide. Samtidig får man virkelig inntrykk av at dette er veldig viktig for denne personen, og man innser alvoret han/hun legger i å ikke få dette til. Videre sier informanten følgende: *”... og det blir jo ofte store ord som man ikke bruker i jobben – men man tenker jo alle disse ordene, i hvertfall gjør jeg det.”* Informanten går videre og forklarer at man kanskje ikke snakker så mye om det etiske i jobben sin, men at det for hans/hennes del er noe man ofte tenker på.

Når vi i intervjuene snakker om etikk er det noen av informantene som trekker frem Aristoteles og hans dyder. Dette var da noe de hadde hatt en del om i sin utdanning, og dette var viktig for etikken. Spesielt trekkes dyden ”mot” frem, og dette mener de er en av de

viktigste dydene i forhold til utøvelsen av sykepleieryrket. *”... du vet, vi forholder oss hele tiden til folk som trenger hjelp, som er syke og har smerter – og det gjør noe med oss...”* denne informanten snakker en del om hvordan yrket påvirker deg som menneske, og at det derfor er så viktig med mot for å kunne stå i hverdagen. En annen informant er inne på det samme når han sier følgende: *”Og det var godværssykepleieren som var der inne når det ikke var så vondt, og alt var nokså greit. Mens det var andre som kom inn, og som våget å være der gjennom den kroppslige og sjelelige smerten. Vi skal ikke bare ha godværssykepleiere, som ikke våger å være der når det er mest behov for dem. Vi trenger godværssykepleiere som også våger å være der når det stormer som verst – alle skal kunne våge det. Det handler om vågemot, personlig vågemot; å kunne gå inn å vite at dette kan gjøre vondt for meg også.”* Men det er ikke for seint – det å bli bedre og bedre, det å våge å være nær den andre – det får vi til!” I forlengelsen av dette forklarer informanten at dette med vågemot er viktig. Det at du, både som profesjonell sykepleier og som medmenneske, tørr å møte andres smerte er viktig. Det er spesielt som sykepleier dette behovet for mot kommer frem, fordi du i ditt yrke er i slike situasjoner som krever dette. Men vågemotet ligger i deg som person, det ligger i din evne til omsorg og det ligger i deg som medmenneske. Som sykepleier må du tørre å ta de vanskelige valgene og de harde samtalene. Du må tørre å stå i det hele sammen med pasienten, for det er tross alt du som står på sidelinjen. Det er du som på mange måter kan forlate situasjonen når du ikke er på jobb, mens pasienten kanskje må bære dette og stå i det livet ut – derfor må du ha vågemot til å være med så lenge det kreves av deg. Du, som sykepleier, må kunne stå i pasientens smerte selv om det også rammer deg. For som informanten sier: *”... hvis det ikke rammer deg, hvis du ikke kjenner det på kroppen og på sinnet, så er det noe som ikke stemmer...”*

#### 4.3.1 Drøfting: Etikkens betydning for trygghet

Når vi snakker om etikk i intervjuene, trekker alle informantene frem at sykepleierne har etiske retningslinjer å forholde seg til. Dette fremheves som en del av deres yrkesetikk. Barbosa da Silva (2006) hever at når man snakker om yrkesetikk består dette av et system av etiske regler, prinsipper, dyder og teorier som brukes i forhold til ulike profesjoner og yrker. Disse er generaliserte og kan derfor sies å gjelde for mange ulike profesjoner og yrker. Hos Barbosa da Silva (2006) finner man eksempler på både etiske regler og etiske prinsipper. Han nevner spesielt fire etiske regler som gjelder uansett hvilket yrke man tilhører; alle mennesker

bør behandles likt, man bør tale sant, man bør hjelpe mennesker i nød, og man skal ikke drepe. Disse fire reglene gjelder for alle, og kanskje spesielt for sykepleiere med tanke på regelen om at man skal hjelpe mennesker i nød. Videre ser man at han lister opp mange etiske prinsipper der de fleste vil gjelde for sykepleiere i sitt yrke. Eksempler på dette er menneskeverdprinsippet, prinsippet om informertsamtykke, autonomiprinsippet og konfidensialitetsprinsippet (Barbosa da Silva, 2006). Man kan jo spørre seg om det da er slik at man som sykepleier hele tiden tenker på de reglene og retningslinjene man må forholde seg til i jobben? Svaret fra informantene er nei, dette er ikke noe man tenker på hele tiden. Men, sier de, man har det i bakhodet. Og ofte havner man i situasjoner der det kreves at man sjekker regelverket og lovene for å sikre at man handler riktig i den gitte situasjonen. I teorien ser man at Nordby (2010) hevder at grunnideen innen pliktetikken er at gode handlinger er handlinger som er utført av plikt nettopp på grunn av definerte regler og prinsipper. Videre ser man at pliktetikken i stor grad handler om menneskets muligheter for å foreta frie valg, noe som er spesielt viktig i forhold til møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Fokuset ligger dermed på om sykepleierens handlinger er i samsvar med de regler, normer og etiske retningslinjer som man som sykepleier må forholde seg til (Nordby, 2010).

Som man ser har altså sykepleierne et bredt regelverk å forholde seg til. De viktigste blant disse er nok yrkesetiske retningslinjer for sykepleien samt helsepersonell loven. Landsstyret for det norske sykepleierforbund godkjente i 1983 forbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og disse har vært revidert flere ganger siden den gang. I tillegg må sykepleierne selvfølgelig forholde seg til pasientrettighetsloven. Med så mange forskjellige regler, lover og retningslinjer sykepleierne skal forholde seg til, vil det i følge Barbosa da Silva (2006) være lurt å konkretisere dette i en oversikt over yrkesetikkens funksjoner. Hvis man har dette med seg vil man til enhver tid være i overenskomst med det som er det viktigste i de relasjonene man gjennom sitt yrke inngår i (Barbosa da Silva, 2006).

Gjennom intervjuene ser man at informantene skaper et skille mellom etikk og moral. De bruker begrepet etikk mest i forhold til holdninger og væremåte, og moral brukes mest i forhold til handlinger. De snakker om at man har en etisk riktig holdning og at de handler moralsk. I tillegg ser man at de indirekte forteller at de handler moralsk ut fra sine etiske holdninger. Etikken ligger altså som et grunnlag for moralen. Her ser man at teorien er enige

med informantene. Det skapes et skille mellom etikk og moral. Og både hos Johansen & Vetlesen (2006) og Barbosa da Silva (2006) ser man at etikken kan sees på som en refleksjon over moral og at det handler om hvilke individuelle holdninger mennesket bør ha. I tillegg ser man at Nordby (2010) og Nortvedt (2016) snakker om etikk i form av hvordan man bedømmer handlinger evaluerende; altså at man tillegger handlingene verdier. Nortvedt (2016) hevder at etikken hele tiden forholder seg til verdier av godt eller ondt (Johansen & Vetlesen, 2006; Barbosa da Silva, 2006; Nordby, 2010; Nortvedt, 2016). Dette kommer også frem i intervjuene når informantene snakker om gode og dårlige holdninger og handlinger. De fremhever at hvis sykepleierens holdninger er dårlige vil han/hun utøve dårlige handlinger. Dette går ut over kvaliteten på arbeidet, og kan dermed også ha noe å si for pasientens opplevelse av trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Dette er også i tråd med Barbosa da Silva (2006) når han hevder at menneskets moralske intuisjoner fungerer som en rettesnor for de handlinger man utfører og de handlinger man bør utføre. Nortvedt (2016) hevder at menneskets moralske intuisjoner er med på å forme dem som mennesker. Dette kaller han derfor for menneskets allmenmoral. Denne allmenmoraliske intuisjonen man som menneske har er spesielt viktig i sykepleie og annet omsorgsarbeid. Dette begrunner han med at den kommer til syne spontant i de handlinger og følelser som avspeiles i den profesjonelle sykepleieren. Han hevder videre at denne naturlige og spontant allmenmoralen er en forutsetning for, og en grunnleggende drivkraft i alt omsorgsarbeid (Barbosa da Silva, 2006; Nortvedt, 2016).

Når det er snakk om etikk og moral i intervjuene, får man ingen direkte svar på hva som ligger bak de holdninger og handlinger som de mener etikken og moralen handler om. Det er kanskje på mange måter vanskelig å svare på. Likevel opplever jeg at de snakker om kunnskap, kompetanse og erfaring når de snakker om etikk og moral. Så kanskje er det dette de indirekte mener ligger bak? Informantene snakker indirekte om at holdningene man har, og handlingene man gjør, baseres på den kunnskap og erfaring man har opparbeidet seg gjennom livet og gjennom yrket. Denne tanken finner vi også i teorien. Aristoteles (2006) har lenge være en viktig inspirator i forhold til nåtidens forståelse av kunnskap. Han bruker tre begreper når han snakker om kunnskap; episteme, fronesis og techne. Som vi har sett tidligere blir episteme relevant i forhold til kunnskap av teoretisk og vitenskapelig karakter, fronesis i forhold til refleksjon – i – handling og techne i forhold til taus kunnskap og erfaring. Hvis man så ser på hva som ligger i sykepleierens fagkunnskaper, og tar med seg det informantene

sier om sykepleierens hverdag, ser man at Aristoteles (2006) begrep fronesis blir viktig. I forlengelsen av dette kan man se på Schöns (2001) teori om refleksjon – i – handling, hvor han fremmer at menneskets kunnskap vises i måten vi handler på. Den refleksjonen Schön (2001) snakker om her blir da en viktig egenskap når sykepleieren skal gi seg selv et bredere perspektiv på den gitte situasjonen han/hun befinner seg i. Dermed kan man si at refleksjonen sykepleieren gjør i sin handling representerer etikken, mens selve handlingen representerer moralen. Kunnskap, kompetanse og erfaring blir dermed viktige faktorer i forhold til etikk og moral (Aristoteles, 2006; Schön, 2001).

Er det da slik at man alltid reflekterer over hva man gjør? I følge informantene er svaret nei, men at man likevel alltid har refleksjonen med seg. Schön (1983) er enig i dette. Han hevder også at man ikke alltid reflekterer, men at man har egenskapene til å kunne reflektere. Gjennom både refleksjon – i – handling og kunnskap – i – handling har sykepleieren en beredskap som gjør at man kan prøve seg fram og eventuelt endre sine handlinger. Dette medfører at man får flere erfaringer og at man får et større repertoar for handling som man kan dra nytte av senere. Det spesielle her er at sykepleieren på denne måten finner et potensiale for å endre hvordan han/hun tenker og hvordan han/hun handler samtidig som det skjer (Schön i Molander, 1993). Informantene fremhever flere ganger at dette med etikk og moral er noe som man på en måte har i seg. Det er ikke bare noe man gjør – det er noe man er. Knytter man dette til kunnskap og erfaring ser man at det i mange tilfeller kan handle om taus kunnskap. Denne tause kunnskapen beskriver Jakobsen (2003) som en personlig kunnskap som vanskelig kan overføres til andre. Slik kunnskap kommer til syne gjennom praksis, og den er ofte ubevisst. Det blir noe man gjør fordi man har erfart at det fungerer (Jakobsen, 2003).

I denne tause kunnskapen ser man hos informantene at det i stor grad handler om omsorg. De snakker indirekte om en omsorgsetikk, og at egenskaper som empati, omsorg og toleranse er viktige hos sykepleieren som skal utøve yrket sitt. Her kan man trekke paralleller til Aristoteles og hans dyder. Dydsetikken har stått veldig sterkt i omsorgsbaserte helsefag nettopp fordi dette handler om menneskets handlinger i forhold til dets holdninger (Nordby, 2010). Når Aristoteles (2006) snakker om at mennesket skal søke å være god, skjer dette ved at man utvikler dydene. Disse dydene (Areté) er den egenskapen som gjør det mulig for

mennesket å handle riktig – og i den forstand handler det om en holdning som disponerer mennesket for å velge den gyldne middelvei. Videre ser man at Aristoteles skiller mellom moralske dyder og intellektuelle dyder hvor de intellektuelle dydene er noe vi kan kjenne igjen fra hans teorier rundt kunnskap; hvor episteme, techne og fronesis er viktige dyder (Aristoteles, 2006). Når informantene snakker om omsorg vil man hos Aristoteles se at det er de moralske dydene som blir viktige. Eksempler på disse er; fronesis, måtehold, mot og rettskaffenhet, og disse regnes som de fundamentale dydene. Slik dyder er i følge Aristoteles karakterdyder, og i tillegg til de nevnt over kommer også universelle dyder som sannferdighet, gavmildhet og stolthet. For sykepleieren som har sitt yrke innen helse og omsorgsyrkene ser man at empati, toleranse, godhet og omsorgsfullhet er viktige dyder. Nettopp noen av de samme egenskapene som flere av informantene snakker om i sine intervjuer. Videre ser man jo også at informantene som snakker om vågemot til å stå i situasjonen, sykepleierne som kalles godværspsykepleiere som også har mot til å være der når det stormer – de innehar dyden mot. Slik Aristoteles (2006) ser det, vil man gjennom oppdragelse, øvelse og trening tilegne seg de moralske dydene i et sosialt fellesskap (Nordby, 2010; Aristoteles, 2006).

Gjennom intervjuene hevder flere av informantene at sykepleierens kunnskap og kompetanse ikke er nok, de må også være medmennesker. Det å være medmenneske knyttes i intervjuene ofte til omsorg og etikk. Igjen ser man at de indirekte snakker om den omsorgsetikken som Martinsen (2003) fremmer i forhold til etikk i sykepleien. Når Martinsen (2003) snakker om begrepene berørthet, holdninger og verdier innenfor etikken kan man trekke flere paralleller til det informantene mener med å være medmenneske. Når Martinsen (2003) bruker begrepet berørthet handler det i stor grad om hvordan vi kommuniserer det vi tenker, føler og uttrykker gjennom andre kanaler enn språket. Hun sier at mennesker alltid er i en eller annen sinnsstemning som kan ses, føles og erfares av andre mennesker i relasjonen. Gjennom følelser får sykepleieren adgang til pasientens virkelighet og han/hun kan dermed forstå betydningen av denne på en helt annen måte. Dette krever emosjonell involvering og brukes ofte av sykepleiere når det må ta del i pasientens følelsesmessige erfaringer. I tråd med dette, og med informantenes svar i forhold til det å være medmenneske, ser man at Martinsens (2003) tanker om holdninger som verdibærere blir viktig i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Martinsen (2003) hevder at holdningen etiske betydning kommer frem gjennom sykepleierens høflighet, vennlighet, oppmerksomhet, varsomhet i stellet, å være lyttende samt

det å ha et fast håndlag når det er behov for dette. Det å ha de riktige holdningene, noe som vi også kjenner igjen fra dydsetikken, handler om å være interessert i å både kommunisere og å gi/vise omsorg for pasienten og pårørende. På den måten ser man at det spesielle med omsorgen i sykepleieryrket er nettopp det at sykepleierens holdninger uttrykker omsorg – de er både profesjonelle sykepleiere og medmennesker i møtet med pasienten og pårørende. Det at de i denne situasjonen både er sykepleiere og medmennesker er virkelig en fordel i forhold til det moralske ansvaret sykepleieren har i dette møtet. Martinsen (2003) hevder at det moralske ansvaret i møtet er like assymetrisk som selve møtet i seg selv. Sykepleieren har et særskilt ansvar for de syke og svake – og i og med at sykepleieren er den som har den teoretiske kunnskapen og den praktiske kunnskapen er det ikke så rart at han/hun også har det moralske ansvaret for pasientens ve og vel (Martinsen, 2003).

#### ***4.4 "...og for at en samtale skal være en god og dyp nok samtale, så er trygghet avgjørende" – kommunikasjonens betydning for trygghet.***

Gjennom intervjuene ser jeg at alle informantene er enige om at kommunikasjon er viktig for å skape trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Utsagn som; *"Det er jo det du ønsker å gi pasienten – trygghet... informasjon, masse informasjon... de har masse spørsmål, og man må jo ta seg tid til å svare så godt man kan", "De trenger masse informasjon.. det blir veldig trygt for dem hvis du tar deg god tid og prater med dem."* og *"Mye av dette går på kommunikasjon, hvordan man prater med folk."* viser dette ganske tydelig. De fleste informantene fremhever at pasientene har behov for informasjon, og at denne må kommuniseres i møtet og relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. På spørsmål om hvorfor dette er så viktig svarer noen av informantene følgende; *"Det er mye mer behov for den tryggheten via kommunikasjon i akutte situasjoner"* og *"Så ser du jo hvor mye effekt det har av å roe ned og prate med pasienten og får dem til å føle seg trygge."* Her ser man at grunnen til at dette er viktig, i følge informantene, i stor grad handler om effekten av kommunikasjonen. Erfaringen er at kommunikasjon fører til trygghet for pasientene spesielt kanskje i akutte situasjoner. I forlengelsen av dette snakker informantene en god del om at pasienten er i en sårbar situasjon både når de kommer inn på sykehuset og hvis de har vært der en stund. Det å kunne berolige dem med samtaler er en viktig del av jobben som sykepleier, og det betyr at sykepleieren må inneha evner til kommunikasjon.



Når jeg så følger opp dette, med spørsmål om sykepleierens evne til kommunikasjon får jeg blant annet følgende svar: *".. må først og fremst kunne lytte. Du må jo høre hva pasienten sier, å la dem få lov til å fortelle om seg og sitt. Det å kunne lytte, uten å la seg fange i egne erfaringer og historier er nesten en kunst"*. Her ser man altså at informantene trekker frem det å lytte som en evne til kommunikasjon. Som sykepleier er det å lytte en viktig del av kommunikasjonen med både pasienter og pårørende. I det videre sier informantene: *"... og når du først lytter, så må du lytte bekræftende."* Det er altså snakk om en aktiv lytting. En annen av informantene trekker frem et viktig aspekt ved det å lytte når han ytrer følgende; *".. og så må du jo tenke på hva du sier med kroppen når du lytter"*. I forlengelsen av dette sier informantene noe om hvordan kroppsspråket på mange måter kan si mer enn det du sier med ord. Følgende utsagn fra en av informantene er med på å bekræfte denne tanken; *".. og hvordan kommer du inn i rommet? Hvordan går du over gulvet? Hva gjør du med hendene dine mens du lytter? Hvordan holder du hodet ditt? Hva sier ansiktet ditt og hva sier ordene dine? Sier de det samme? ... det blir mange spørsmål, men alt dette må du jo tenke på, ikke sant?"*. Her trekker informantene frem den non-verbale kommunikasjonen som viktig i møtet med både pasienter og pårørende. Det pekes på at både det du sier og det kroppen og ikke minst ansiktet ditt sier vil ha noe å si for hvordan pasient og pårørende tolker det som kommuniseres.

Videre ser man at flere av informantene trekker frem dobbeltsidigheten i dette med kommunikasjon og trygghet. Det er ganske tydelig at man både skaper trygghet med kommunikasjonen samtidig som trygghet på mange måter er en forutsetning for kommunikasjon – i alle fall hvis man tenker på den gode dialogen eller samtalen. Dette kommer ganske tydelig frem i følgende utsagn fra en av informantene; *"Så mitt innsteg i forhold til å være helsemedhjelper, det er at jeg på sykehuset er en samtalepartner for både pasientene og de pårørende. Og slike samtaler er med på å gi trygghet."* Her ser man altså at kommunikasjonen skaper trygghet. Videre ser man hos en annen informant gjensidigheten i dette i følgende svar; *"Jeg tenker jo at alle mennesker som kjenner seg trygge og ivaretatt, er mer sanne overfor seg selv. Så i forhold til trygghet i møtet med meg som samtalepartner, så er det helt opplagt at jeg opplever samtalen på en annen måte når pasienten kjenner seg trygg enn hvis han er utrygg"*. Her ser man at tryggheten er en forutsetning for den gode samtalen. Hvis pasienten eller de pårørende føler seg utrygge vil ikke samtalen foregå på samme måte. I tillegg ser man at flere av informantene trekker frem dette med å være der for pasienten slik at

kommunikasjonen kan finne sted, uten at det skjer midt i en undersøkelse eller blant medisiner eller instrumenter eller lignende. Det at man har muligheten til å stikke hodet inn døra og prate litt med både pasienter og pårørende er veldig viktig. Dette kommer blant annet frem i følgende utsagn; *”Men når de kan se, eller dersom de opplever at jeg ikke kommer for å kontrollere dem, så blir de mer trygge og samtalen finner et annet løp på en måte”*.

Når vi snakker om kommunikasjon er det flere informanter som trekker frem dette med tid.

*” ... det er for lite tid, og man tar seg for lite tid. Og noen ganger er det alt for travelt. Derfor er det veldig bra at det finnes noen eller at det bør finnes noen på et hvert sykehus, som har litt mer tid til sånne samtaler.”* Det å finne tid til kommunikasjonen og de gode samtalene handler ofte om prioritering. Tidligere i oppgaven har det vært snakk om spesialsykepleiere, som har mer tid til pasientene fordi de ikke trenger å tenke på rutinearbeidet i like stor grad som andre sykepleiere. I tillegg er det flere sykehus som har egne sykehusprester som også ofte er inne og har samtaler med pasienter og pårørende. De fleste informantene hevder dette er et gode for ethvert sykehus som har slike ansatte. De fremmer at samtalene som gjennomføres har en helt utrolig effekt både for behandlingen videre og for pasientens evne til å gjennomgå sykdomsforløpet. Dette kommer godt frem i følgende utsagn; *”Mine samtaler beroliger folk så kraftig at leger og sykepleiere har en helt annen behandlingssituasjon etterpå.”* I forlengelsen av dette kommer informantene også inn på dette med de vanskelige samtalene. Hvordan forteller man pasienter og pårørende dårlige nyheter? Hvordan fortelle at behandlingen ikke fungerer? Hvordan fortelle at det ikke er mer man kan gjøre? Her er det flere av informantene som trekker frem dette med vågemot. Dette har jeg nevnt tidligere også, i den delen som omhandler etikken. I forhold til kommunikasjonen handler det om å ha mot til å ta de vanskelige samtalene. Som en av informantene så godt sier det; *”... og våge å gå inn i den vanskelige samtalen. Å våge å nærme seg det andre mennesket.”* Når de da får oppfølgingsspørsmål om dette ikke er en del av jobben som man bare må gjøre, kommer flere med omtrent like svar; *”Nei, alle tørr ikke det. Men alle som jobber med folk må øve seg på det”, ”... nei, det er kanskje ikke alle som egner seg til slike samtaler?”* og *”Ja for så vidt, det er en del av jobben din. Men man bør øve seg mye, slik at man har kontroll på sine egne følelser – for det er ofte det som gjør samtalen så vanskelig”*. Man ser at det som gjør samtalen vanskelig nødvendigvis ikke er pasienten eller pårørendes reaksjon, men ens egen

reaksjon. Informantene var helt tydelige på at dette var noe de selv hadde opplevd og som de var bevisste på at de måtte øve på.

#### 4.4.1 Drøfting: Kommunikasjonens betydning for trygghet

Når informantene mine skal si noe om den kommunikasjonen som skjer mellom sykepleier, pasient og pårørende fremhever alle hvor viktig det er at pasienten får den informasjonen de har behov for. Dette med å gi riktig informasjon, at pasienten hele tiden vet hva som skal skje, fremheves som veldig viktig i forhold til pasientens opplevelse av trygghet. For informantene handler altså kommunikasjonen i stor grad om deling av informasjon. Hvis man ser på det informantene sier i forhold til teorien, så er svaret deres ganske tett på noen av definisjonene på kommunikasjon. Bråten (2004) hevder at kommunikasjon omhandler all atferd som har som mål å overføre informasjon fra et individ til et annet. Og dermed ser man at han har med både verbal og non-verbal kommunikasjon. Eide og Eide (2013) snakker om kommunikasjon i dagligspråket og nevner personlige samtaler som eksempel på dette. Slike personlige samtaler blir den type kommunikasjon informantene mine snakker om, da det nettopp handler om samtaler mellom to eller flere personer – mellom sykepleier, pasient og pårørende (Bråten, 2004; Eide og Eide, 2013).

Når Bråten (2004) gir en slik bred definisjon på kommunikasjon, som nevnt over, hvor han tar med den non – verbale kommunikasjonen er dette også noe informantene snakker mye om. De er opptatt av dette i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. I intervjuene er det flere informanter som snakker om dette, de snakker om hvordan man holder hendene, hvordan man går over gulvet, hva gjør man med ansiktet eller hva viser ansiktet når du snakker, hvordan holder man hodet når man lytter osv. De har mange tanker rundt dette, og de er enige om at dette er veldig viktig i samtale sykepleierne har med sine pasienter og deres pårørende. Her er informantenes tanker helt i tråd med teorien. Hos Hummelvoll (2005) hevdes det at den non – verbale formidlingen av budskapet alltid vil følge det verbale språket i alle samtaler. I noen tilfeller kan til og med det non – verbale erstatte det verbale språket i en samtale. Videre hevder Hummelvoll (2005) at det er viktig i all kommunikasjon å være klar over at vårt kroppsspråk og våre holdninger signaliserer om vi i samtalen ønsker nærhet eller om vi tar avstand fra den andre. Dette blir i tråd med informantene som snakker om at også i forhold til kommunikasjonen vil det være viktig med omsorg, og at denne omsorgen ofte

kommer tydelig frem i den non – verbale kommunikasjonen (Bråten, 2004; Hummelvoll, 2005).

Når informantene snakker om kommunikasjon bruker de to begreper, samtale og dialog. På spørsmål om hva som skiller samtalen og dialogen gir de ingen klare svar. De kan heller ikke klart forklare hvorfor de bruker det begrepet de bruker. Dette er kanskje ikke så rart i og med at dette er begreper de fleste bruker synonymt. Hvis man går til teorien ser man at Svare (2006) hevder at hvis samtalen skal kunne kalles en dialog må visse krav være innfridd. Dialogen, sier han, er et felles prosjekt der man skaper noe sammen, man har et felles mål. I tillegg sier han at deltakerne i dialogen går inn dialogen med en grunntanke om at alle deltakere kan ha noe å delta med. Videre beskriver han ulike typer dialoger. I forhold til denne sammenhengen er det innsiktsdialogen og beslutningsdialogen som blir mest sentral. Dette er dialoger hvor man forsøker å få økt innsikt i et bestemt tema og hvor målet er å få et best mulig grunnlag for å gjøre et felles valg. Slike dialoger ser man helt klart kan finne sted mellom sykepleier, pasient og pårørende og er i tråd med det informantene legger i målet med kommunikasjonen. Er det da slik at det bare er dialoger som skjer i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende? I følge Bråten (2004) er svaret nei. Han hevder samtalen er den mest grunnleggende av alle former for kommunikasjon. I forlengelsen av dette hevder Hummelvoll at det er forskjell på samtaler man har med sine venner eller sin familie, og samtaler man har med sine klienter eller pasienter. Hummelvoll (2005) mener at hvis man skal hjelpe pasienten på en profesjonell måte, så må man sette pasienten i fokus og lytte til de følelser han/hun har vedrørende sitt problem mens man samtidig som profesjonell sykepleier skyver sine personlige bekymringer og problemer til side. I slike samtaler er det ikke rom for å sammenligne med egne erfaringer og problemer (Svare, 2006; Bråten, 2004; Hummelvoll, 2005).

Så hva skal man da velge i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende? Skal man ha en samtale eller dialog med dem? Her var, som nevnt tidligere, informantene litt usikre. Teorien sier ja takk, begge deler. I følge Svare (2006) er mange av de dialogene mennesker har i det daglige uformelle samtaler som finner sted overalt. Felles for slike samtaler er at man ikke bruker mye tid på å tenke over dem. Betyr dette da at de ikke er viktige? Nei, er svaret – disse samtalene kan være veldig viktige. Hos Svare (2006) ser man at Spacks snakker om

viktigheten av slik småprat i alle situasjoner. Denne småpraten bidrar til viktig refleksjon og er med på å skape et større bilde av situasjonen. Slik småprat kan dermed være med på å gjøre sykepleieren mer kjent med pasienten noe som igjen kan øke pasientens opplevelse av trygghet. I tillegg ser man at informantene snakker om dette med å småprate med pasientene for å skape omsorg og trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. Man kan og bør altså bruke begge, men hva er det som skaper en god samtale eller dialog? På dette spørsmålet gir informantene flere svar. Noen sier man må være flinke til å snakke, mens andre mener man må være flinke til å lytte. En av informantene sier man må tørre å stå i taushet, og ikke absolutt fylle alle samtalepauser med lyd. Noen snakker om kroppsspråk og andre igjen snakker om omsorg. Alt dette er altså, i følge informantene, viktig for å få til en god samtale eller dialog – og de har helt rett. Svare (2006) hevder man kan snakke om dialogens idealer, og mener med dette at det er mange faktorer som kan eller bør være tilstede for å skape en god dialog. Man kan også tenke at dette gjelder for samtalen også. Disse faktorene er; å være en god lytter, å åpne seg for egen og andres innsikt, å være målbevisst, relevans, samspill, å stille spørsmål, kritikk, ærlighet samt høflighet, takt og respekt. I tillegg trekkes positivitet, kjærlighet, tro, håp og ydmykhet frem som idealer for dialogen. Mange av disse kjenner vi igjen fra informantenes svar i intervjuene (Svare, 2006).

Både teorien og til dels informantene mener altså at man kan bruke både dialog og samtale i kommunikasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. Men hvordan skal man kommunisere? Informantene sier man skal ha profesjonelle samtaler med pasientene, i dette legger de at man skal kommunisere ut fra sin rolle og identitet som sykepleier, samt at man skal være seg bevisst det ansvar og den makt man har i relasjonen. Dette er helt i tråd med Eide og Eide (2013) når de hevder at profesjonell kommunikasjon ikke er det samme som kommunikasjon i dagliglivet. Man kommuniserer annerledes i sitt yrke enn man gjør som privatperson. Den rollen man har i relasjonen vil også innebære visse forventninger til kommunikasjonen både fra en selv men også fra de man kommuniserer med. Videre ser man at Eide og Eide (2013) mener formålet med profesjonell kommunikasjon i denne sammenhengen er helsefaglig og kommunikasjonen bør derfor alltid være hjelpende i den forstand at den er faglig begrunnet og til hjelp for både pasient og pårørende. Slik kommunikasjon baserer seg på yrkets verdigrunnlag hvor tanken om likeverd, rettferdighet, omsorg og respekt står veldig sterkt. En slik pasientrettet kommunikasjon er altså etisk begrunnet i verdiene likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for hans/hennes rett til

selvbestemmelse (Eide og Eide, 2013). Gjennom dette ser man altså at når informantene snakker om at man for å kommunisere må være flinke til å snakke, så har de rett i det. God kommunikasjon krever gode kommunikasjonsferdigheter – og med dette kan man oppnå den gode samtalen. Men hva ligger i den gode samtale?

Den gode samtalen brukes ofte synonymt med hjelpende kommunikasjon. Dette handler i følge Falk (2013) om samtalekunst og at kunsten er å skape kontakt. En slik kontakt, mener han, skapes ved oppmerksomhet og ekte nærvær. Det samme ser man hos informantene som i intervjuene snakker om at samtalerne er med på å skape relasjon og kontakt mellom sykepleier, pasient og pårørende. Skjervheim (1996) peker på makt som et viktig aspekt i samtalen. Her ser man at sykepleieren, i kraft av sin profesjonelle kunnskap, kan bruke et språk som både pasient og pårørende kan ha vansker med å forstå. En av informantene sier noe om dette i intervjuet. *”Det er viktig å snakke med pasientene på en folkelig måte, slik at de forstår det som blir sagt.”* Man må altså være bevisst på språket man bruker for å få til den gode samtalen. I tillegg hevder Skjervheim (1996) at både kontekst og tillit er viktig for å til den gode samtalen. Den gode samtalen bygger på tillit og denne tilliten går begge veier. Likevel er det sykepleieren som har både ansvaret og muligheten til å skape grunnlaget for en god samtale. En av de viktigste faktorene her blir da først og fremst å ta pasienten alvorlig. Hvis sykepleieren ikke gjør dette, kan det føre til mistillit. I den gode samtalen skal altså både pasient og pårørende oppleve å bli tatt på alvor, og dette er derfor viktig for sykepleieren å være oppmerksom på (Falk, 2013; Skjervheim, 1996).

I intervjuene snakker alle informantene om den vanskelige samtalen. Dette er noe de er veldig beviste på, og noe de selv har opplevd. Spesielt ser man at dette skjer når sykepleieren møter mennesker i sorg eller i krise. Det store spørsmålet her blir jo da hva det er som gjør samtalen vanskelig. Her er det flere ulike svar fra informantene men de fleste tenker nok at det er tema for samtalen som er vanskelig. Noen av informantene snakker om vågemot i denne sammenheng, og det handler da om å tørre å gå inn i de vanskelige samtalerne – å ha mot til å nærme seg både pasient og pårørende i slike samtaler. Dette kan man kjenne igjen i teorien også. Falk (2013) hever at det ofte er tema som gjør samtalen vanskelig, men at det ikke alltid trenger å være slik. Han mener det også ligger i sykepleierens evne til å kontrollere egne

følelser. Selv om tema er vanskelig trenger ikke samtalen å være det, og i forlengelsen av dette mener han det handler om hvordan tema påvirker sykepleieren (Falk, 2013).

#### ***4.5 "... så min tanke er; at trygghet ikke er én ting, men mange ting" – Trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.***

I intervjuene med mine informanter har selvfølgelig trygghet vært et viktig tema gjennom samtale. Det er tydelig at alle mener trygghet er en viktig faktor både i arbeidet med pasientene og for pasientens og pårørendes opplevelse av møtet med helsevesenet. De er alle enige om at sykepleiere har et eget ansvar for å skape en slik trygghet, og at dette har noe å si for pasientens fysiske og psykiske helse. På videre spørsmål i forhold til dette kommer det frem at informantene mener sykepleierne ganske raskt ser hvilke trygghetsbehov pasienter og pårørende har. Følgende utsagn sier noe om dette; *"Man ser det på dem, de søker trygghet med både kropp og øyne, du ser at de vil finne noe fast, et holdepunkt", "... Vi har et veldig fokus på det her med at du alltid skal fortelle hva du gjør og hvorfor du gjør det. Og dette er jo for å gi en form for trygghet, og vi ser at både pasienter og pårørende får et helt annet uttrykk når det vet hva som skal skje."* og *"Og hvis man blir tatt på alvor så følger det gjerne trygghet ut av det"*. Som man ser her er det både de fysiske og psykiske tegnene sykepleierne oppfatter i forhold til pasienten og pårørendes behov for trygghet. Dette er jo ting vi allerede har vært innom tidligere i denne delen; både dette med at man som sykepleier må være der for pasienten, at man må gi informasjon og kommunisere med pasienten samt det at man må ta dem på alvor. I tillegg er jo disse tingene noe sykepleierne både vet og har erfart er viktige. Men likevel finner jeg det interessant at informantene trekker frem at dette er noe sykepleierne kan se i møtet med pasienten. På videre spørsmål om hvordan sykepleierne kan se dette på pasientene får jeg blant annet følgende svar; *".. du, det vet jeg ikke. Man bare ser det på dem"*, *"Man ser det på hvordan de leter i blikket ditt, du ser nesten hva de tenker bare med å se på øynene deres"* og *"Jeg vet ikke, det er vel intuisjonen som slår inn kanskje? Jeg tror likevel denne intuisjonen slår inn fordi man har sett noe hos pasienten, hvis du skjønner hva jeg mener?"*. Det er altså et spørsmål det ikke er så lett å svare på, men de vet likevel at det skjer.

Videre i intervjuene kommer man stadig tilbake til at trygghet er et behov pasientene uttrykker både direkte og indirekte. Oftest skjer det nok indirekte slik vi ser ovenfor, men det uttrykkes likevel ganske tydelig selv om det skjer indirekte. Informantene mine er ganske enige om at sykepleieren har et ansvar om å skape en trygghet i møtet med pasienten, og det at dette er et behov som må dekkes. Likevel kan det være vanskelig å si noe om hvordan dette skal gjøres. Flere av informantene trekker frem Maslows behovsteori når vi snakker om dette, og en av dem ytrer følgende; *”Det er ikke sånn fokus lenger på Maslows behovspyramide. Men hvis ikke det nederste behovet er dekt, da har ikke pasienten det bra videre oppover, ikke sant?”*. Informanten viser da til at pasientens behov for trygghet må dekkes, og hvis ikke dette blir dekket så vil det bli vanskelig å blant annet behandle pasienten, samt gjøre pasienten i stand til å ta vare på seg selv etter et eventuelt sykehusopphold. I forlengelsen av dette sier informantene; *”... og jeg tror at pasientene må føle seg trygge for å tørre å bli friske”*.

Gjennom samtalene med informantene kommer de stadig tilbake til dette med hvordan trygghet oppstår. En av informantene sier følgende; *”Det ene er at du kan være trygg og utrygg samtidig, og det andre er at det blandes med sikkerhet”*. For å utdype dette nærmere snakkes det om opprinnelsen av ordet trygghet og det ble pekt mot det engelske ordet *”safe”* som henviser til sikkerhet, og ikke bare trygghet. Videre ble det snakket om trygghet som et tiltak, og informantene trekker frem det med at trygghet blir et verb – nå har jeg trygget noen. Her får man innsikt i en diskusjon som informantene mener er viktig i forhold til sykepleier yrket. Skaper man trygghet eller trygger man? Om dette sier informantene følgende; *”Hvis tryggheten blir redusert til noen tiltak, hvis trygghet blir en måte hvor du kan lære noen enkel definisjoner, noen enkle måter å være på som man tror at fungerer. Det verste jeg hører er at trygghet har blitt et verb, å trygge: Jeg trygga pasienten... Og når man trygger pasienten så er det som regel at man har klappa han på skuldra eller noe sånt. For tryggheten er avhengig av at du finner ut hva pasienten trenger. Hva trenger dette mennesket? Og det er noe mer enn behov, det kan være uendelig mye mer. Og en sånn type tilnærming til trygghet, som går på at jeg vet hva den andre trenger og så trygger jeg omtrent som om man trykker på en knapp – det kan bli en krenkelse.”* I forlengelsen av dette hevder informantene at den tryggheten som bare blir et tiltak, ikke vil fungere i lengden. Informantene mener at når trygghet blir en rutine så mister man noe av medmenneskeligheten i arbeidet sitt, da blir utøvelsen av yrket mer statisk. Dette er viktig innspill å få i forhold til problemstillingen i denne studien, og det er spennende å ta disse tankene med videre.



Gjennom intervjuene ser man ofte at det snakkes om tid, og at mye av arbeidet på mange måter handler om prioritering. Det samme ser vi også i forhold til dette med trygghet. En av informantene forklarer om et tilfelle der alt hadde vært kaotisk og de hadde dårlig tid, og det var mye som sto på spill. *”... og da... når vi ikke hadde tid... var kanskje tryggheten det som vi kunne og måtte ta oss tid til. Jeg tror det er helt fundamentalt”*. Her ser vi at tryggheten for denne informanten er så viktig at det må prioriteres hvis man har mulighet. Videre ser man også at det å inngi trygghet, også kan løses rent praktisk. En av informantene fortalte om en barneavdeling hvor de hadde løst dette med trygghet på en fin måte – som for barna var helt konkret. *”... så var det 1 rom som var lekerom, og hvis ungen berget seg inn der, så kunne ikke ungen tas. Her inne kunne man ikke ta blodprøve, gi sprøyter eller gjøre noe som kunne være skummelt. Dermed hadde ungene noen steder som var helt trygge”*. Her hadde man altså helt konkret skapt et trygghetsområde. For barn blir dette helt konkret og tydelig, og dette er i slike tilfeller med på å skape trygghet både for barna og for foreldrene som eventuelt er med dem i disse tilfellene.

Så hvordan kan man så si at tryggheten oppstår i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende? Man kan ut fra informantene mine si at tryggheten oppstår på mange måter og i mange former. Noen trenger den tryggheten det er å bli sett og hørt, andre trenger den mer mekaniske – at man blir klappet på skulderen. En av informantene snakker om trygghet som en sjelelig tilstand; *”Det handler om en sjelelig tilstand da, av usikkerhet og angst, som gjør alle vondter enda vondere. Og hvis jeg kan være med på å hjelpe dem til å finne trygghet og ro, så dempes mange av disse vondtene. Den sjelelige tilstanden blir en helt annen, den blir trygghet”*. På denne måten trenger man altså å bli beroliget, man trenger å bli snakket både til og med, man trenger noen. Og dermed ser man noe av det som blir viktig å ta med seg videre i det hele – det handler ikke om mirakler eller magi. Det handler om hverdagslige ting ut fra hvilke behov pasienter og pårørende har. En av informantene uttrykker det slik; *”Så jeg tenker at noe av tryggheten legger man til rette for med helt vanlige ting”*.

## **5.0 Avslutning**

I denne delen av oppgaven vil jeg først presentere en sammenfattende drøfting av de elementene presentert i forrige kapittel. Deretter vil jeg presentere hvilken innsikt jeg har fått nå som studiet er ferdig, samt at jeg vil si noe om betydning av denne studien. Til slutt vil jeg si noe om hvilke begrensninger denne studien har samt mulig videre forskning.

### **5.1 Sammenfattende drøfting**

Gjennom intervjuene gjort i denne undersøkelsen har informantene svart på spørsmål relevant til tema for min studie. Her finner man at de spesielt snakker om følgende områder; møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, relasjon, identitet, tillit, omsorg, etikk, kommunikasjon og selvfølgelig trygghet. Jeg vil nå koble disse områdene sammen til en sammenfattende drøfting der jeg svarer på min problemstilling.

Informantene i min studie hevder trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende oppstår når ulike faktorer er til stede. De hevder at det første møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende er spesielt og at det legger grunnlag for all videre behandling. Videre ser man at det i dette møtet kreves av noen tar initiativ mens andre responderer på dette. Her er informantene enige om at sykepleieren er ansvarlig for å ta dette initiativet. Informantene beskriver møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende som en kontinuerlig prosess med flere faser. Denne prosessen skaper relasjoner mellom sykepleier, pasient og pårørende som blir viktige for opplevelsen av trygghet. Videre ser man gjennom teorien at slike relasjoner påvirker deltakerne gjensidig, og at dette får en betydning for det videre behandlingsforløpet. Slik påvirkning kan, i følge informantene, handle om hvordan pasienter og pårørende blir møtt, ivaretatt og forstått i møtet med sykepleieren. For at man skal oppnå en god relasjon mellom disse, kreves det sosial kompetanse og det fordres at sykepleieren blir kjent med pasienten. I tråd med dette hevder informantene at sykepleieren må være lydhør for pasientens behov og ønsker samt at deres holdninger og væremåte har noe å si for relasjonen. For å få til en god relasjon, hevder informantene at man må vite hvem man er og hvem man skal møte. Men hvordan skal man vite hvem man er?

Når vi snakker om hvem man er i dette møtet handler det altså om roller og identitet. Identiteter og roller er noe man tar og får, og ofte velger man ikke disse selv. Ofte ser man at rollen og identiteten som pasient er noe man får, og ikke kan velge selv. Videre ser man at pasienter skaper sin identitet gjennom påvirkning fra andre og spesielt fra sin egen gruppe av pasienter med samme sykdom. Identitetsskaping kan regnes som en sosial prosess, og informantene hevder at flere pasienter opplever trygghet i å vite at det er andre pasienter med samme lidelse eller sykdom som dem – da er de ikke alene. Man ser altså at møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende skaper en relasjon hvor deltakerne påvirker hverandre i en sosial prosess. Både selve møtet og relasjonen har innvirkning på behandlingen pasienten skal gjennom, og man kan si at møtet og relasjonen gjør noe med hvordan både pasient og pårørende tar og får sin identitet og sin rolle. I tillegg ser man både gjennom empiri og teori at møtet, relasjoner og identitet har betydning for opplevelsen av trygghet. Hva kan man så si kreves for å få til den tryggheten det her er snakk om?

Når informantene skal si noe om hva som skaper trygghet fremhever de at tillit og omsorg er med på å skape trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, og at sykepleieryrket er et omsorgsykke. Samtidig sier de at det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom omsorg og tillit, hvor du ikke kan ha det ene uten det andre. Videre sier informantene at omsorgen er noe man både gjør og er, altså at omsorgen er noe man har i seg som sykepleier. På den måten setter de omsorg som en forutsetning for sykepleieryrket. Tillit er den faktoren alle nevner som den viktigste i forhold til omsorg, og i tillegg til denne nevner de kunnskap, erfaring, empati, kommunikasjons- og relasjonskompetanse samt respekt og etikk. Det handler i stor grad om hvordan sykepleieren handler i de ulike situasjonene, hvordan man kommuniserer med pasientene, hvordan man ivaretar de behov pasienten har for omsorg og trygghet, og ikke minst handler det om sykepleierens holdninger og hans/hennes væremåte. Men hvordan kan man så skape den tilliten som trengs?

Informantene hevder det kan være vanskelig å skape tillit i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende. De trekker også frem at tilliten i noen tilfeller er ikke-eksisterende. Tillit i relasjonen er noe alle deltakere må arbeide med, men hovedansvar ligger hos sykepleieren. Det er en fordel at sykepleieren møter pasient og pårørende på en høflig og rolig måte samtidig som man viser dem verdighet og anerkjenner dem. Her trekker informantene

også frem at man som sykepleier i arbeidet med å skape tillit må opptre etisk riktig. Videre ser man også at det i dette møtet kan skapes tillit til systemet – altså helsevesenet som organisasjon. I relasjonen, hevder informantene, er kommunikasjonen den faktoren som vekker mest tillit, og det blir derfor viktig at sykepleieren innehar kommunikasjonsevner. Også i teorien finner man tillitsvekkende faktorer som for eksempel sykepleierens kompetanse, oppfølging av pasienten og pasientens medbestemmelsesrett. Alle informantene er enige om at man ikke alltid kan skape den tilliten som relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende bør ha. Ofte er det vanskelig å si noe om grunnet til at det er vanskelig å skape den ønskede tilliten, teorien sier derimot at mistillit oppstår på grunn av mangel på tillit. Denne mangelen på tillit inntreffer ofte på grunn av asymmetriske forhold i relasjonen. Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for at slike asymmetriske forhold ikke skal vanskeliggjøre det å skape tillit?

For å svare på dette ser man at etikken blir viktig. Alle informantene snakker om at sykepleiere har etiske retningslinjer, lover og regler å forholde seg til. Samtidig ser man at alle mennesker har etiske regler man bør forholde seg til, blant annet; at alle mennesker bør behandles likt, at man bør tale sant, man bør hjelpe mennesker i nød samt at man ikke skal drepe. Informantene hevder dette ikke er noe man tenker på hele tiden, men at man har reflektert over dette, og at man kan bruke det hvis situasjonen skulle tilsa at man burde det. Her kan man trekke paralleller til pliktetikken, hvor gode handlinger er handlinger som utføres av plikt på grunn av definerte lover, regler og retningslinjer. De viktigste av disse er yrkesetiske retningslinjer for sykepleien, helsepersonell loven og pasientrettighetsloven. Videre ser man at informantene snakker om etikk og moral. Her skaper de et skille som viser at etikk handler om holdninger og væremåte, mens moral brukes i forhold til handlinger. De snakker både om gode og dårlige holdninger og handlinger, og mener dette kan ha noe å si for kvaliteten på arbeidet og samtidig opplevelsen av trygghet. I teorien ser man at den allmennmoralske intuisjonen blir spesielt viktig i sykepleien og omsorgsyrkene fordi den kommer til syne i de handlinger og følelser som avspeiles i sykepleieren i møtet med pasient og pårørende. Men hva kan man si ligger i denne etikken og moralen som informantene fremhever?

Når informantene snakker om etikk og moral handler det ofte om kunnskap, kompetanse og erfaring. de snakker indirekte om at både holdninger og handlinger baseres på den kunnskap og erfaring man har. Dette finner vi også i teorien med begrepene episteme, fronesis og techne. Da handler det om teoretisk og vitenskapelig kunnskap, refleksjon samt taus kunnskap og erfaring. I følge informantene er det ikke slik at man hele tiden reflekterer over det man gjør, men at man har evnene til å kunne reflektere. Dette gjør at man har mulighet til å prøve seg fram, endre sin handling og på den måten skape seg nye erfaringer. De hevder også at dette med etikk er noe man har i seg, det er ikke noe man gjør, det er noe man er. Her kan man trekke paralleller til den tause kunnskapen som regnes som en personlig kunnskap som kommer til syne gjennom praksis. Hos informantene handler denne tause kunnskapen i stor grad om omsorg, og faktorer som empati, toleranse og omsorg blir viktige i forhold til sykepleierens yrkesutøvelse. Dette finner man også i teorien gjennom dydsetikken som står sterkt i omsorgsbaserte helsefag. Her er det de moralske dydene som blir viktige i forhold til omsorg mens de intellektuelle dydene blir viktige i forhold til kunnskap. Videre ser man at informantene i forhold til dydene spesielt trekker frem dyden ”mot” i forhold til at de snakker om vågemot. Man kan så spørre seg om kunnskap, erfaring og omsorg er nok i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende?

I følge informantene er svaret på dette nei, sykepleierens kunnskap og kompetanse er ikke nok, de må også være medmennesker. Medmennesker vil i denne sammenhengen hos informantene handle om omsorg og etikk, og man ser at holdninger og verdier blir viktige faktorer. Teorien viser til at sykepleiers høflighet, vennlighet, oppmerksomhet, varsomhet i stellet, det å være lyttende samt det å ha et fast håndlag når det trengs viser holdningens etiske betydning. Sykepleierens holdning bør utrykke omsorg. Sykepleieren skal i møtet med pasienter og pårørende både være profesjonell sykepleier og medmenneske. Dette fordrer at sykepleieren har både relasjons- og kommunikasjonskompetanse.

Informantene mine hevder at det er svært viktig at både pasienter og pårørende får den informasjonen de har behov for og at denne informasjonen er riktig. I tillegg vektlegger de at kommunikasjonen i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende i stor grad omhandler deling av informasjon og at denne delingen er gjensidig. De fremhever at både den verbale og den non – verbale kommunikasjonen blir viktig i dette møtet. Videre mener de at

sykepleierens omsorg signaliseres både i den verbale og den non – verbale kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Når det snakkes om kommunikasjon handler det for informantene om både samtale og dialog. Teorien viser at det finnes et skille mellom disse, men at man bør bruke begge i kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Det er likevel viktig å skille mellom private og profesjonelle samtaler. Samtidig ser man at både informantene og teorien viser til viktigheten av småprat, blant annet i forhold til at man som sykepleier bør bli kjent med både pasienten og pårørende. Hva må man da tenke på for å skape god kommunikasjon?

Når informantene skal si noe om hva som kreves for å oppnå god kommunikasjon nevner de flere faktorer. Eksempler på dette er; flink til å snakke, god lytter og de må tåle litt taushet. I tillegg snakker flere av informantene om kroppsspråk, og omsorg. Alt dette er altså i følge informantene viktig for å kunne få til en god samtale/dialog. Her ser man at informantene og teorien er samstemte. Videre ser man at informantene fremhever kommunikasjonen i møtet som profesjonelle samtaler. Her skal man kommunisere ut fra sin rolle og identitet som sykepleier, samt at man skal være bevisst det ansvaret og den makten man har i relasjonen. Her er det snakk om en form for hjelpende kommunikasjon. Hva menes så med dette?

Ofte bruker man den gode samtalen synonymt med hjelpende kommunikasjon. Her handler det, i følge informantene, om å skape kontakt og relasjon mellom deltakerne i møtet. Videre hevder de at man må være bevisst på språket man bruker slik at både pasient og pårørende forstår hva man kommuniserer. Samtidig ser man at den gode samtalen bygger på en gjensidig tillit mellom deltakerne, og at det er sykepleieren som i størst grad har ansvar for at denne tilliten oppnås. I den gode samtalen er det viktig at både sykepleier, pasient og pårørende opplever å bli tatt på alvor. Nå er det ikke bare slik at man har de gode samtalerne, noen samtaler kan i følge informantene være vanskelig. Det som gjør samtalen vanskelig kan både være tema og reaksjonen på tema som er vanskelig. Det viktige her er at man har vågemot til å tørre å gå inn i de vanskelige samtalerne, for det er da man har mest behov for trygghet. Hvordan kan man så tilrettelegge for en slik trygghet?

I intervjuene ser man at alle informantene mener trygghet er en viktig faktor både i arbeidet med pasienten og for pasientens og pårørendes opplevelse av møtet med helsevesenet. De fremhever også at det er sykepleiers ansvar å skape en slik trygghet. Gjennom sin erfaring og sin kunnskap ser sykepleieren ganske raskt hvilket trygghetsbehov pasient og pårørende har. Her blir det viktig at man som sykepleier er der for pasienten, gir den informasjonen som trengs, tar pasienten og pårørende på alvor og at man kommuniserer godt med både pasient og pårørende. Behovet for trygghet hos pasienten er noe informantene fremhever, de mener pasienten uttrykker dette behovet både direkte og indirekte. Dette behovet er informantene tydelige på at må dekkes, fordi det vil forringe behandlingen av pasienten hvis han/hun ikke føler seg trygg. Her finner informantene det viktig å fremheve at alle deltakerne i relasjonen både kan være trygge og utrygge samtidig. For sykepleieren kan dette handle om at man er trygg på det man skal gjøre rent praktisk mens man er utrygg på selve situasjonen. For pasienten kan dette handle om at man føler seg trygg fordi man blir tatt hånd om, mens selve situasjonen er usikker. I forlengelsen av dette kan man snakke om trygghet som tiltak og trygghet som rutine. Her hevder informantene at trygghet som bare blir et tiltak ikke nødvendigvis vil fungere i lengden, og at når tryggheten blir en rutine mister man litt av medmenneskeligheten i utførelsen av yrket.

Gjennom intervjuene ser man ofte at det snakkes om tid i forhold til relasjonen, omsorgen og tryggheten. Sykepleieryrket er et yrke hvor tiden må prioriteres ganske ofte, her er informantene likevel enige om at trygghet er så viktig at man må ta seg tid til dette. Man ser at trygghet også kan skapes rent praktisk, den oppstår på flere måter og i flere former. Tryggheten som skapes dekker ulike behov i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende alt etter hvilke behov de har. Noen trenger å bli sett og hørt, andre trenger et klapp på skulderen eller en hånd å holde i, mens andre igjen trenger å bli beroliget. Man legger altså til rette for trygghet med helt vanlige ting.

Gjennom det innsamlede datamaterialet og den relevante teorien brukt i denne oppgave kan man si følgende: Gjennom å være bevisst den rolle og identitet man har ved å forholde seg til etiske retningslinjer, samtidig som man skaper gode relasjoner gjennom kommunikasjon basert på tillit og omsorg vil man som sykepleier kunne legge til rette for et god opplevelse av trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.

## 5.2 Hva har jeg kommet fram til? – og hva betyr det?

I arbeidet med denne studien har jeg brukt følgende problemstilling; ”På hvilken måte kan man tilrettelegge for opplevelsen av trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende, og er opplevelsen av trygghet i dette møtet viktig?” I denne studien har jeg, gjennom intervjuer med flere informanter samt ved bruk av relevant teori kommet fram til følgende:

Opplevelsen av trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende er veldig viktig. Denne skjøre relasjonen med pasienter og pårørende som er i en sårbar situasjon, og sykepleieren som innehar kompetanse og kunnskap om pasientens problem eller sykdom, skaper et asymmetrisk forhold. Dette asymmetriske forholdet preger hele situasjonen og er en viktig faktor i forhold til opplevelsen av trygghet. Sykepleieren har, på grunn av sin kompetanse, kunnskap og rolle, et ekstra ansvar for å skape den tryggheten man her er ute etter.

Gjennom sin yrkesetiske rolle og identitet kan sykepleieren velge å utføre sitt yrke med en bevissthet om hvordan man kan tilrettelegge for opplevelsen av trygghet i møtet med pasienter og pårørende. Sykepleieren kan skape tillitsvekkende relasjoner gjennom god kommunikasjon. Disse vil også være positive faktorer for opplevelsen av trygghet. Videre ser man at tillit og omsorg i møtet har en god påvirkning på relasjonen og dermed kan dette også være viktig for tryggheten i møtet. Sykepleieren kan, gjennom god tilrettelegging, skape en atmosfære i møtet, hvor både pasient og pårørende føler seg ivaretatt. Dette blir en viktig faktor for sykepleieren å ha med seg i utøvelsen av sitt yrke. Sykepleieryrket regnes tross alt som et omsorgsyrke, og av den grunn kan man som pasient og pårørende forvente å oppleve trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.

Gjennom denne studien har jeg intervjuet flere informanter; sykepleiere og en sykehusprest. Disse informantene har gitt både gode og viktige innspill i forhold til temaet i denne studien. Deres innspill er med å skape en innsikt i et tema som mange tar som en selvfølge. For meg er det viktig at min studie kan skape en bevissthet hos sykepleiere, både de helt nyutdannede som kommer ferske ut i arbeidslivet, og de som har arbeidet i flere år og som har skapt seg noen rutiner som gjør at de kanskje ikke tenker like mye på dette med trygghet lenger. Jeg mener dette arbeidet viser hvorfor det er så viktig å skape trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende. I tillegg mener jeg det å skape denne opplevelsen av trygghet bør stå som en forutsetning for utøvelsen av yrket. Det er, i tråd med både etiske retningslinjer og lover og regler, din plikt som sykepleier å ivareta pasienter og pårørende på best mulig måte.



Og en del av dette, må man kunne si, betyr at du som sykepleier skal skape et møte med pasienter og pårørende der alle kan oppleve trygghet.

### **5.3 Undersøkelsens begrensninger**

Gjennom arbeidet med en såpass stor oppgave som dette er, kommer man ofte innom spennende temaer og områder som man rett og slett ikke har mulighet til å ta med. Det gjorde jeg også i denne oppgaven. I intervjuene med mine informanter ble det snakket om mange spennende og interessante delementer som det hadde vært fint å gå nærmere inn på. På grunn av oppgavens størrelse ble jeg altså nødt til å legge noen begrensninger i forhold til dette.

En annen begrensning man ser ved denne oppgaven, og som er et bevisst valg fra min side, handler om konteksten. Jeg har valgt å bruke yrkesgruppen sykepleiere i min problemstilling. Her kunne man selvfølgelig ha valgt ansatte i helsevesenet eller helsepersonell. Dette hadde nok ført til en annen type oppgave, og ville krevd flere informanter og et større grunnlag. Selv om jeg har begrenset oppgaven til yrkesgruppen sykepleiere, vil det ikke si at man ikke kan generalisere og si at resultatet av denne studien ikke kan gjelde for alt helsepersonell.

Videre ser jeg at de elementer jeg har utelatt, er elementer som det forhåpentligvis vil komme forskning på etterhvert. Det hadde vært spennende å være med på et slikt arbeid, enten som forsker eller informant. Vel, det vil tiden vise.

## Litteraturliste

- Aristoteles (2006): *Etikk* 3. utgave, 3. opplag. Gyldendal Norsk Forlag
- Alvsvåg, H (2010): *På sporet av et dannet helsevesen – om nære pårørende og pasienters møte med helsevesene*. Oslo: Akribe
- Askheim, O.P (2012): *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Barbosa da Silva, A. (2006): *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P., Sutphen, M, Leonard, V & Day, L. (2010). *Educating nurses : A call for radical transformation* (Vol. 3, Preparation for the professions series). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Bråten, S. (2004): *Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom* (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Buber, M. (1992): *Jeg og Du* (2.utg) Oslo: Cappelen Damm
- Eide, H. og Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Einarsen, S., & Rise, J. (2002). Å lede er å lede grupper: sosial identitetsteori og ledelse. In A. Skogstad & S. Einarsen (Eds.), *Ledelse på godt og vondt : effektivitet og trivsel* (pp. 147-166). Bergen: Fagbokforl.
- Eriksen, T. H. (2001). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Falk, B (2013): *Å være der du er - samtale med kriserammede*. (6.opplag) Bergen: Fagbokforlaget.
- Gadamer, H.G (2010): *Sannhet og Metode* Oslo: Pax forlag
- Goffman, E. (1989). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Grimen, H. (2008): *Profesjon og kunnskap*, I Molander og Terum (2008). *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hageman, E. (1936): *Sykepleie-skolens etikk*. Oslo: H. Aschehoug & CO.
- Hem, MH, Heggen, K og Ruyter KW (2008): *Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward*. *Nursing Ethics*, Vol 15. Issue 6. 2008.

- Hogg, M. A. (2003). Social Identity. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2005) Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jakobsen, C.F. (2003). *Nyansatte i organisasjoner – perspektiver på læring og organisasjonssosialisering*. Abstrakt Forlag AS.
- Jakobsen, D.I & Thorsvik, J.(2010). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Johansen, K.E og Vetlesen, A.J: *Innføring i etikk*. (6opplag,2006). Oslo: Univeritetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Jørgensen, C. R. (2008). *Identitet: psykologiske og kulturanalytiske perspektiver*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kristiansen, A (2005): Tillit og tillitsrelasjoner i en undervisningssammenheng. Oslo: Vigmostad og Bjørke AS
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. A (red.)(2011): *Grunnleggende sykepleie, b.1*. (2. Utgave, 2. Opplag) Oslo: Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løgstrup, K.E.(2012): *Den etiske fordring*.(4.utgave, 2.opplag) Århus: Forlaget KLIM
- Martinsen, K (1993): *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano Forlag
- Martinsen, K (2003): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2001): "Rikke Nissen – Kærlighedsgerningen og sygestuen". I: Birkelund, R. (red.): *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie*, s. 305-328. København: Munksgaard Danmark A/S
- Martinsen, K. (2005): *Samtalen, skjønnets og evidensen* (1. Utgave, 2 opplag). Oslo: Akribe AS
- Mathisen, J. (2006): *Sykepleiehistorie : ideer – mennesker – muligheter*. 2. utgave, 1. opplag, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mead, G. H. (2005). *Sindet, selvet og samfundet*. København: Akademisk Forl.
- Melby, K. (1990): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*, 2. utgave Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelens Forlag AS.

- Molander, B. (1993). *Kunnskap i handling*, Gøteborg. Bokforlaget Daidalos.
- Molander, A & Terum, L. I. (red). (2008). *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæhlum, B. (2003). Språk og identitet. In H. Sandøy, B. Mæhlum, U. Røynealand & G. Akselberg (Eds.), *Språkmøte: innføring i sosiolingvistikk*. Oslo: Cappelen akademiske forl.
- Nordby, H. (2010): *Etikk og kommunikasjon i prehospitalt medisinsk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. (2016): *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. (2.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Renolen, Å. (2008): *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tenker når de arbeider*. Århus: Forlaget Kim.
- Segesten, K. 1994, *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*, Segesten Förlag, Göteborg.
- Seljelid, K. (2002): *Kan omsorg læres?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjervheim, H. (1996): *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Steinsholt, K. og Dobson, S. (2011): *Dannelse – Introduksjon til et ullent pedagogisk landskap*. Trondheim: Tapir akademisk forlag
- Stein-Parbury, J. (2009). *Patient & Person. Interpersonal Skills in Nursing 4*. EDT. Elsevier: Churchill Livingstone.
- Svare, H. (2008): *Den gode samtalen*. Oslo Pax forlag AS
- Tajfel, H. (2010). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Tangney, J. P., & Leary, M. R. (2003). The Self as an Organizing Construct in the Behavioral and Social Sciences. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press.
- Tice, D. M., & Wallace, H. M. (2003). The Reflected Self: Creating Yourself as (You Think) Others See You. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press.
- Tollefsen, T., Syse, H., Nicolaisen, R. F., & Egeland, T. (2008). *Tenkere og ideer: filosofiens historie fra antikken til vår egen tid*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Vetlesen, A.J. (2007): *Hva er etikk*. 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

#### Nettsider/artikler:

- Norsk sykepleierforbund: (Lastet: 07.05.2017 klokken 23:01)  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Lovdata: Lov om helsepersonell: (Lastet: 07.05.2017 Klokken 23:03)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven>
- Lovdata: Pasient- og brukerrettighetsloven: (Lastet: 07.05.2017 klokken 23:04)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Store norske leksikon: Lastet 07.05.2017 klokken 23:06)  
<https://snl.no/kommunikasjon>
- Fugelli, P (2001): *Tillit*, Tidsskriftet Norsk Legeforening nr. 30, 2001  
<http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2001--3621-4.pdf> (Lastet: 10.01.17)
- Bokmålsordboka: (Lastet: 11.05.2017 klokken 22:07.)
- [http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+trygghet&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=+trygghet&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)
- Forskningsetiske retningslinjer: (Lastet: 11.05.2017 klokken 22:23)  
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

## **Vedlegg 1: Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

Her finner jeg det viktig å påpeke at intervjuguiden gjennom samtalen hele tiden vil fungere som en rettesnor. Med det mener jeg at jeg vil forholde meg til de spørsmål jeg har, men at samtalen krever oppfølgingsspørsmål som kan være vanskelig å lage en oversikt over allerede nå.

**1. Er pasientens/pårørendes opplevelse av trygghet i møtet med helsepersonell viktig for deg?**

**Oppfølging: avhengig av svaret de gir; hvorfor er det viktig? / Hvorfor ikke?**

**2. Har du erfart møter med pasient / pårørende der tryggheten har vært spesielt i fokus?**

**Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor skjedde det slik i disse situasjonene?**

**3. Hvor stort fokus er det på temaet trygghet i din utdanning?**

**Oppfølging: er det nok mener du? Burde det vært mer? Hvilken tilnærming til tema har utdanningen?**

**4. Har du selv erfart å være med på et slikt møte mellom pasient og helsepersonell der det har vært vanskelig å skape trygge rammer?**

**Oppfølging: Hvordan opplevde du dette møtet? Kan du fortelle om en slik situasjon? Kan du si noe om hva som gjorde det vanskelig?**

## Vedlegg 2

### Informasjon om mastergradsstudie.

Intervjuet er en del av mitt mastergradsarbeid ved universitetet i Nordland. I min forskning ønsker jeg å se på følgende: På hvilken måte er pasientens opplevelse av trygghet av betydning for helsepersonell i møtet med pasienten.

I dette arbeidet vil jeg samle informasjon fra 6 informanter.

Med å intervjuer deg ønsker jeg å belyse om pasientens trygghet i møte med helsevesenet er viktig for deg som jobber i helsevesenet. Det er også ønskelig at du i intervjuet kan dele dine opplevde erfaringer rundt dette temaet.

Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk i form av lydopptak. Lyd opptaket vil bli transkribert etterpå. Det elektroniske lydopptaket vil bli slettet når prosjektet er over.

Din identitet som deltaker vil bli anonymisert. Det vil også si at resultatet fra mitt studie ikke vil kunne identifisere deg som informant, og til en gitt pasient situasjon. Studiets resultat vil bli publisert i min master oppgave.

Som informant i min undersøkelse deltar du frivilling og under prinsippet om innformert samtykke. Dette vil si at du til en hver tid kan trekke deg om du ønsker dette. Dette uten å måtte oppgi noen grunn for dette til noen.

Om det er noe du lurer på vedrørende prosjektet eller intervjuet, må du svært gjerne ta kontakt med meg.

På forhånd tusen takk for at du stiller opp til dette intervjuet.

Med vennlig hilsen

Tor Ragnar Mikalsen

### Vedlegg 3

## Samtykkeerklæring

Prosjektets tittel: "I trygge hender?" En kvalitativ studie om trygghet i møtet mellom sykepleier, pasient og pårørende.

Jeg har lest informasjonsskrivet og forstått premissene for intervjuet.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

.....  
Sted

.....  
Dato

.....  
Underskrift

.....  
Underskrift gjentatt med trykkbokstaver



## Vedlegg 4

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Kari Steinsvik  
Profesjonshøgskolen Nord Universitet  
Mørkved  
8049 BODØ

Vår dato: 14.03.2016

Vår ref: 47271 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47271	<i>Kvalitet, trygghet og respekt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Steinsvik</i>
<i>Student</i>	<i>Tor Ragnar Mikalsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

## **Vedlegg 5: Utdrag fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleien.**

### **1 Sykepleieren og mennesket.**

*Sykepleierens grunnleggende profesjonelle ansvar er overfor mennesker som har behov for sykepleie.*

*Sykepleieren skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres.*

*Sykepleieren skal sørge for at enkeltmennesket får tilstrekkelig informasjon til å kunne gi informert samtykke til pleie og behandling.*

*Sykepleieren behandler personlige opplysninger konfidensielt og utviser skjønn når slike opplysninger viderebringes.*

*Sykepleieren har sin del av samfunnets ansvar for å initiere og støtte opp om tiltak for å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov, særlig i forhold til utsatte gruppers behov.*

*Sykepleieren har også sin del av ansvaret for å opprettholde og verne naturen mot utarming, forurensning, nedbrytning og ødeleggelse (nsf.no)*

### **2. Sykepleierne og sykepleierpraksis**

*Sykepleieren har personlig ansvar for, og skal kunne forsvare, sin praksis som sykepleier, samt ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring.*

*Sykepleieren skal ivareta sine egne helsemessige behov slik at evnen til å yte pleie ikke forringes.*

*Sykepleieren bruker sitt skjønn med hensyn til individuell kompetanse når det gjelder å påta seg og å delegere ansvar.*

*Sykepleieren skal til enhver tid opptre på en måte som gagnar profesjonen og styrker den alminnelige tillit til den (nsf.no)*

## **Vedlegg 6: Utdrag fra Helsepersonell loven**

### **Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner**

#### *§ 1. Lovens formål*

*Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.*

#### *§ 2. Lovens virkeområde*

*Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.*

#### *§ 3. Definisjoner*

*Med helsepersonell menes i denne lov:*

- 1. personell med autorisasjon etter § 48 a eller lisens etter § 49,*
  
- 2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,*
  
- 3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd.*

*Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. (lovdata.no)*

### **Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse**

#### *§ 4. Forsvarlighet*

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert*

personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

#### *§ 5. Bruk av medhjelpere*

*Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personelletts kvalifikasjoner og den oppfølging som gis.*

*Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.*

*Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.*

#### *§ 6. Ressursbruk*

*Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.*

#### *§ 7. Øyeblikkelig hjelp*

*Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.*

*Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.*

#### *§ 10. Informasjon til pasienter m.v.*

*Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker. (lovdata.no)*

### **Kapittel 3. Krav til organisering av virksomhet**

#### *§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester*

*Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lovdata.no)*

## **Vedlegg 7: Utdrag fra Pasientloven**

### **Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser**

#### *§ 1-1. Formål*

*Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.*

*Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.*

#### *§ 1-3. Definisjoner*

*I loven her menes med*

- a. pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.*
- b. Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvar, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.*
- c. Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.*
- d. Helse- og omsorgstjenesten: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.*

- e. *Helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell §3*
- f. *Bruker: en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.*

## **Kapittel 2. Rett til helse- og omsorgstjenester og transport**

*§ 2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*

*Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.*

*Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.*

*Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.*

*§ 2-1 b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

*Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.*

*Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.*

*§ 2-5. Rett til individuell plan*

*Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (lovdata.no)*

## **Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon**

*§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning*

*Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.*

*Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*

*Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.*

*Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.*

#### *§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon*

*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.*

*Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.*

#### *§ 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende*

*Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.*

#### *§ 3-5. Informasjonens form*

*Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.*

*Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.*

#### *§ 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger*

*Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.*

(lovdata.no)

**Liste over selvvalgt litteratur ved**

**Mastergrad i praktisk kunnskap**

**Antall sider: 12025**

**Kandidat: Tor Ragnar Mikalsen**

Selvvalgt pensum: godkjent/ikke godkjent



.....  
studieleder

**Senter for praktisk kunnskap**



**NORD**  
universitet





Alvsvåg. Herdis (2010): *På sporet av et dannet helsevesen – om nære pårørende og pasienters møte med helsevesene*. Oslo: Akribe. 120 sider.

Askheim. Ole Petter (2012): *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS. 192 sider.

Barbosa da Silva. Antonio. (2006): *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. 317 sider.

Benner. Patricia, Sutphen. Molly, Leonard. Victoria, Day. Lisa. (2010). *Educating nurses : A call for radical transformation* (Vol. 3, Preparation for the professions series). San Francisco, Calif: Jossey-Bass. 248 sider.

Bråten. Stein. (2004): *Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom* (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget. 328 sider.

Buber. Martin. (1992): *Jeg og Du* (2.utg) Oslo: Cappelen Damm. 118 sider.

Eide. Hilde. og Eide. Tom. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk. 443 sider.

Einarsen. Ståle. & Rise. Jostein. (2002). *Å lede er å lede grupper: sosial identitetsteori og ledelse*. In A. Skogstad & S. Einarsen (Eds.), *Ledelse på godt og vondt : effektivitet og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 147-166) 19 sider.

Eriksen. Thomas. Hylland. (2001). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforl. 272 sider.

Falk. Bent. (2013): *Å være der du er - samtale med kriserammede*. (6.opplag) Bergen: Fagbokforlaget. 85 sider.

Gadamer. Hans-Georg. (2010): *Sannhet og Metode* Oslo: Pax forlag. 555 sider.

Goffman. Erving. (1989). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. 176 sider.

Grimen. Harald. (2008): *Profesjon og kunnskap*, I Molander og Terum (2008). *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget.(s71-86) 16 sider.

Grønmo. Sigmund. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl. 462 sider.

Hageman. Elisabeth. (1936): *Sykepleie-skolens etikk*. Oslo: H. Aschehoug & CO. 142 sider.

Hem. Marit Helene. Heggen. Kristin og Ruyter Knut W. (2008): *Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward*. *Nursing Ethics*, Vol 15. Issue 6. 2008. (s.777-788) 11 sider.

Hogg. Michael. A. (2003). Social Identity. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press. (s.462-479) 18 sider.

Hummelvoll. Jan Kåre (2005) *Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS. 630 sider.

Jakobsen. Cathrine. Filstad. (2003). *Nyansatte i organisasjoner – perspektiver på læring og organisasjonssosialisering*. Abstrakt Forlag AS. 225 sider.

Jakobsen. Dag Ingvar. & Thorsvik. Jan.(2010). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 558 sider.

Johansen. Kjell Eyvind. og Vetlesen. Arne Johan: *Innføring i etikk*. (6opplag,2006). Oslo: Universitetsforlaget. 235 sider.

Johannessen. Asbjørn. Tuft. Per Arne. & Christoffersen. Line. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt. 458 sider

Jørgensen. Carstein Rene. (2008). *Identitet: psykologiske og kulturanalytiske perspektiver*. København: Hans Reitzels Forlag. 289 sider.

Kristiansen. Aslaug. (2005): *Tillit og tillitsrelasjoner i en undervisningssammenheng*. Oslo: Vigmostad og Bjørke AS. 199 sider.

Kristoffersen. Nina Jahren. Nortvedt. Finn. og Skaug. Eli-Anne. (red.)(2011): *Grunnleggende sykepleie, b.1*. (2. Utgave, 2. Opplag) Oslo: Gyldendal. (s.83-135 og 161-206) 97 sider.

Løgstrup. Knut Eilert.(2012): *Den etiske fordring*.(4.utgave, 2.oplag) Århus: Forlaget KLIM. 330 sider.

Martinsen. Kari. (1993): *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Tano Forlag. 186 sider.

Martinsen. Kari. (2003): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget. 278 sider.

Martinsen. Kari. (2001): "*Rikke Nissen – Kærlighedsgerningen og sygestuen*". I: Birkelund, R. (red.): *Omsorg, kald og kamp. Personer og ideer i sygeplejens historie*. København: Munksgaard Danmark A/S. (s.305-328) 23 sider.

Martinsen. Kari. (2005): *Samtalen, skjønnets og evidensen* (1. Utgave, 2 opplag). Oslo: Akribe AS. 166 sider.

Mathisen. Jorunn. (2006): *Sykepleiehistorie : ideer – mennesker – muligheter*. 2. utgave, 1. opplag, Oslo: Gyldendal Akademisk. 238 sider.

Mead. George Herbert. (2005). *Sindet, selvet og samfundet*. København: Akademisk Forl. 467 sider.

Melby. Kari. (1990): *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*, 2. utgave Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J.W. Cappelens Forlag AS. 335 sider.

Molander. Anders. & Terum. Lars Inge. (red). (2008). *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget. 444 sider.

Mæhlum. Brit. (2003). Språk og identitet. In H. Sandøy, B. Mæhlum, U. Røynealand & G. Akselberg (Eds.), *Språkmøte: innføring i sosiolingvistik*. Oslo: Cappelen akademiske forl.(s.103-123) 20 sider.

Nordby. Halvor. (2010): *Etikk og kommunikasjon i prehospitalt medisinsk arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. (s.29-49 og 67-99) 50 sider.

Nortvedt. Per. (2016): *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. (2.utgave) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.35-102 og 135-176) 108 sider.

Nortvedt. Per. & Grimen. Harald. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 247 sider.

Postholm. May Britt. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl. 242 sider.

Renolen. Åse. (2008): *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget. 260 sider.

Ryen. Anne. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget. 317 sider.

Seljelid. Elisabeth. (2002): *Kan omsorg læres?* Bergen: Fagbokforlaget. 154 sider.

Skjervheim. Hans. (1996): *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug. 311 sider.

Steinsholt. Kjetil. og Dobson. Stephen. (2011): *Dannelse – Introduksjon til et ullent pedagogisk landskap*. Trondheim: Tapir akademisk forlag. 405 sider.

Stein-Parbury. Jane. (2009). *Patient & Person. Interpersonal Skills in Nursing 4*. EDT. Elsevier: Churchill Livingstone. 313 sider.

Svare. Helge. (2008): *Den gode samtalen*. Oslo Pax forlag AS. 288 sider.

Tajfel. Henri. (2010). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press. (s. 65-93) 28 sider.

Tangney. June Price. & Leary. Mark R. (2003). The Self as an Organizing Construct in the Behavioral and Social Sciences. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press. (s.3-15) 12 sider.

Tice. Dianne M. & Wallace. Harry M. (2003). The Reflected Self: Creating Yourself as (You Think) Others See You. In J. P. Tangney & M. R. Leary (Eds.), *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press. (s. 91-106) 15 sider.

Tollefsen. Torstein. Syse. Henrik. & Nicolaisen. Rune Fritz. (2008). *Tenkere og ideer: filosofiens historie fra antikken til vår egen tid*. Oslo: Ad notam Gyldendal. 575 sider.

#### Nettsider/artikler:

- Norsk sykepleierforbund: (Lastet: 07.05.2017 klokken 23:01)  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Lovdata: Lov om helsepersonell: (Lastet: 07.05.2017 Klokken 23:03)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven>
- Lovdata: Pasient- og brukerrettighetsloven: (Lastet: 07.05.2017 klokken 23:04)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

- Store norske leksikon: Lastet 07.05.2017 klokken 23:06) <https://snl.no/kommunikasjon>
- Fugelli, P (2001): *Tillit*, Tidsskriftet Norsk Legeforening nr. 30, 2001  
<http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2001--3621-4.pdf> (Lastet: 10.01.17)