



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE**

*Kommunikasjon i sykepleien, betydningen for en god pasientomsorg*

SYK180H

Kandidatnummer: 50 og 24

Dato for innlevering: 11.04.14



*”Den enkelte har aldrig noget med et andet 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 ledelse man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei”*

*(Løgstrup, 2008: 25).*

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven.....	4
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3	Begrunnelse av valg av problemstilling.....	4
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	5
1.5	Oppgavens disposisjon .....	5
<b>2</b>	<b>METODE</b> .....	<b>6</b>
2.1	Hva er en metode? .....	6
2.2	Valg av metode.....	6
2.3	Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk .....	7
2.4	Litteratursøk og valg av litteratur.....	8
2.5	Etiske overveielser .....	9
2.6	Kildekritikk .....	9
<b>3</b>	<b>ERFARINGER FRA PRAKSIS</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>TEORIDEL</b> .....	<b>13</b>
4.1	Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	13
4.2	Menneskesyn og etikk .....	16
4.3	Kommunikasjon og relasjon.....	17
4.4	Forskningsartikler .....	20
4.5	Tabell med artikkelfunn .....	23
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>24</b>
5.1	Omsorg .....	24
5.2	Relasjon .....	26
5.3	Kommunikasjon .....	29
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>

# 1 INNLEDNING

Antall ord i oppgaven: 9540 ord.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven

Vi har valgt å skrive om et tema som både interesserer og engasjerer oss, vi har dermed valgt kommunikasjon som tema. Vi har begge syntes at forelesningene som vi har hatt om dette på skolen har vært både spennende og givende. Interessen for dette temaet har vokst etter at vi blant annet har vært i sykehuspraksis, der vi har sett betydningen av både god og dårlig kommunikasjon i pasientomsorgen. Kommunikasjon er også et tema som er sentralt innenfor hvilken som helst praksis der man har med pasientomsorg å gjøre. Vi ville derfor skaffe oss mer kunnskap om hvilken betydning kommunikasjon har innenfor pasientomsorgen.

Hensikten med oppgaven er å belyse kommunikasjonens og relasjonens betydning for god omsorg til pasienter som er innlagt på sykehus. Vi ønsker å lære mer om temaet kommunikasjon slik at vi får en større faglig tyngde, slik at vi kan argumentere for hva dette har å si for pasientene, når vi er ute i arbeidslivet. Vi som nyutdannede sykepleiere ønsker at det skal bli et større fokus på den helhetlige omsorgen, der ikke bare de målbare arbeidsoppgavene er viktige i sykehus.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

*”Hvilken betydning har sykepleierens kommunikasjon med pasientene for en god pasientomsorg?”.*

## 1.3 Begrunnelse av valg av problemstilling

Vi valgte vår problemstilling på bakgrunn av hva vi erfarte i praksis på sykehus. Vi la merke til at det er et stort sprik mellom det vi lærer i teorien på skolen og det som faktisk blir gjennomført ute i praksis. Det handler særlig om dette med kommunikasjon, relasjon og en god pasientomsorg. Kravet om effektivitet i tjenesten gjør at sykepleiere har mange arbeidsoppgaver som skal gjennomføres, med dette ser vi at kommunikasjonen med pasientene ofte må nedprioriteres. Dette er en arbeidsoppgave som ikke er målbar, slik som

medisinopplegging. Vi som sykepleiestudenter hadde gjerne mer tid til god kommunikasjon, og vi så hvor stor effekt dette hadde på pasienten. Vi stiller oss spørsmålet om 10 minutters god kommunikasjon med pasienten er mindre viktig enn de synlige målbare oppgavene som sykepleieren gjør.

#### **1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Vi har valgt å avgrense oss til den voksne aldersgruppen, fra cirka 30 til 65 år. Vi har tenkt på denne aldersgruppen fordi vi har erfart at disse pasientene som ofte virker ressurssterke og gjerne skal virke sterke psykisk i forhold til sin egen familie. Sykepleierne kan da gjerne tro at disse pasientene da ikke trenger samtale, selv om de egentlig gjør det. Vi vil også holde oss innenfor spesialisthelsetjenesten.

#### **1.5 Oppgavens disposisjon**

I denne oppgaven skal vi se på hvilken betydning sykepleierens kommunikasjon med pasientene har for en god pasientomsorg. Etter innledningen kommer metodedelen, der metoden blant annet blir beskrevet, og det blir redegjort for hvorfor vi har valgt metoden. Etter metodedelen har vi valgt å ta med en fortelling fra praksis. Dette for å bedre belyse vårt tema i oppgaven og for å få med hvordan vi selv har erfart temaet. Etter fortellingen kommer teoridelen, som da blir etterfulgt av drøftingsdelen. Vi har valgt å dele drøftingen inn i tre hovedtemaer: Omsorg, relasjon og kommunikasjon. Videre har vi valgt å ikke dele teksten inn i sub-temaer, dette fordi vi mener at sub-temaene går så inn i hverandre. Sub-temaene er likevel de temaene som blir drøftet innenfor hovedtemaene. Til slutt i oppgaven kommer en konklusjon. Der vil det da bli en oppsummering av det vi har kommet fram til i oppgaven.

## **2 METODE**

### **2.1 Hva er en metode?**

Dalland refererer til Tranøy da han sier at en metode er en framgangsmåte for å bringe fram kunnskap eller etterprøve påstander som framsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Dette er vårt redskap i møte med det som vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data, det vil si informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2007).

### **2.2 Valg av metode**

Det er to hovedretninger innenfor metode, og forskjellen på disse retningene handler først og fremst om måten som dataene blir samlet inn på. Metodene kalles for den kvantitative metoden og den kvalitative metoden. Likheten mellom disse metodene er at begge tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan vi handler og samhandler som enkeltmennesker, grupper og institusjoner. De kvantitative metodene avspeiler seg fra vitenskapssynet positivismen. Den tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som gir oss muligheter til å gjøre regneoperasjoner, som for eksempel det å finne gjennomsnitt av en større mengde. De kvalitative metodene avspeiler seg fra hermeneutikken, og tar derimot sikte på å fange opp meninger og opplevelser, som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den viser til egenskaper eller karaktertrekk ved fenomener (Dalland, 2007).

Vi har valgt å ta for oss den kvalitative hovedretningen med den hermeneutiske forståelsen, med litteraturstudie som metode.

Når vi bruker litteraturstudie som metode, orienterer vi oss først om hva som er skrevet om det problemområdet som vi ønsker å jobbe med. Deretter velger vi oss ut den litteraturen vi ser på som relevant, og presenterer funnene i artikkelen. Dette er et kvalitativt litteratursøk fordi vi ser etter få artikler som er gode og som vi kan bruke mye, i stedet for å finne mange artikler der det ikke står så mye relevant for problemstillingen (Dalland, 2007).

### **2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk**

Grunnen til at vi har valgt litteraturstudie som metode er at vi ønsker å få en større oversikt over hva som allerede finnes på dette feltet fra før av. Vi ønsker å finne vitenskapelige artikler og fagbøker som omhandler vårt tema og problemstilling, for å se hva slags funn fagfolk har funnet på dette emnet. Funnene som vi finner er dermed gjort av fagfolk.

Det finnes mange forskjellige databaser som kan brukes for å finne fram til aktuell litteratur og forskning, i tillegg til litteraturen som vi allerede har fra før fra pensum. En fare ved å bruke litteraturstudie som metode, er at det ligger mye forskjellig på internett, og alt er ikke holdbar forskning og ikke skrevet av fagfolk på feltet. Det er heller ikke alle emner det er like lett å finne fram forskning fra, men i vår oppgave der blant annet kommunikasjon og relasjon er sentrale temaer, så hadde vi ikke noe problem med å finne relevante artikler når vi først fant de riktige søkeordene og kombinasjonene.

Vitenskapelige artikler gjennomgår en mye strengere kvalitetssikring enn i fagtidsskrifter som for eksempel Sykepleien, som både utgir en blanding av fagstoff og vitenskapelige artikler. Det stilles bestemte krav om innhold og form i vitenskapelige artikler, og de gjennomgår en såkalt fagfelleevaluering. Det at en artikkel er fagfellevurdert vil si at det er en komite av eksperter på fagområdet som har gått igjennom artikkelen og godkjent den før den ble publisert. Et annet kvalitetstrekk ved vitenskapelige artikler er at metodevalg, funn og resultater av forskningsarbeidet blir redegjort for og diskutert (Dalland, 2007).

Vi må dermed være nøye med å se på hvem som har skrevet og utgitt forskningen, og om den er fagfellevurdert.

I oppgaven vår har vi også valgt å ta med en fortelling fra praksis, dette for å få med våre egne erfaringer i oppgaven. Fortellingen er kun ment som en støtte til oppgaven, et praktisk perspektiv, og blir ikke analysert.

## 2.4 Litteratursøk og valg av litteratur

Til å finne bøker har vi bruk bibliotekets søkebase, BIBSYS Ask. For å finne fram til litteraturen som vi ønsket, søkte vi først og fremst på ”Kari Martinsen”. Dette fordi hun er viktig for vår oppgave, og dermed måtte vi finne flere bøker som hun har skrevet for å supplere med det som vi allerede har på pensum. Vi fant da boken ”Omsorg, sykepleie og medisin”. Videre søkte vi på ”kommunikasjon”, ”relasjon”, ”omsorg” og ”sykepleie”. Når vi brukte søkeordene ”kommunikasjon” og ”relasjon” sammen, fant vi boken ”Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker”.

I søket etter vitenskapelige artikler benyttet vi oss av søkebasene ”Swemed+” og ”Pubmed”. I ”Pubmed” brukte vi søkeordene (((nurse-patient relations) OR nurse-patient communication) OR nurse-patient trust)) AND (((patient satisfaction) OR patient outcomes) OR treatment outcome). Filtere som ble brukt var: Review, Systematic Reviews, 5 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years. Vi fikk da 456 treff. Vi fant mer relevante artikler i ”Pubmed” enn i ”Swemed+”, dermed har vi bare artikler fra ”Pubmed”.

Vi fant frem til to artikler som kunne være aktuelle i vår oppgave, så vi gikk inn å så på ”Related citations” på. Den første artikkelen var ”Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies”. Det kom opp 153 artikler, og der fant vi fire av artiklene som vi har brukt i oppgaven: ”Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust”, ”Trust in nurse-patient relationships: A literature review”, ”The Perioperative Dialogue” og ”Caring relationship in a context: Fieldwork in a medial ward”. Den andre artikkelen som vi gikk inn på for å se på ”Related citations” var ”Personalizing protocol-driven care: the case of specialist heart failure nurses”. Der fant vi vår siste artikkel ”Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Dermed endte vi opp med fem artikler til vår oppgave.



## **2.5 Etiske overveielser**

I fortellingen fra praksis er alt anonymisert. Vi har ikke nevnt noen navn, og hvilket praksissted eller kommune kommer ikke fram. Fortellingen som vi har i oppgaven kan dermed ikke spores tilbake til det opprinnelige. Vi har også vært kritiske i forhold til valg av artikler.

## **2.6 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr at man vurderer og karakteriserer den litteraturen som man har valgt å benytte seg av, dette gjøres gjennom ulike metoder for å fastslå om en kilde er sann. Dette har en hensikt med at leseren skal få ta del i de refleksjonene som vi har gjort oss om hvilken relevans og gyldighet den valgte litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Det skal tydelig vises hva de ulike kildene har bidratt med, og oss selv er også en kilde (Dalland 2007).

Pensum har gitt oss noen henvisninger på stoff vi kan bruke til oppgaven. Den har vist oss til stoff som Løgstrup og Martinsen har skrevet, som vi har hatt bruk for i vår oppgave. Vi har valgt å bruke primærlitteratur på sykepleieteorien i oppgaven, slik at teksten ikke er bearbeidet eller presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige. Da vet vi at teksten ikke er oversatt eller fortolket av noen andre når vi leser den, på denne måten holder vi oss til Kari Martinsens opprinnelige perspektiv i oppgaven.

Vi har vært klare på hvilke inklusjonskriterier vi skulle ha for at en artikkel kunne være med i oppgaven, og hvilke eksklusjonskriterier for at en artikkel ikke skulle være med i oppgaven. Ulike filtre som vi har brukt, samt søkeord og database har det blitt sagt mer om ovenfor i oppgaven. Vi har både søkt selv, og fått hjelp av bibliotekar til å søke, så vi føler at vi har brukt gode søkeord for å finne artikler til vår oppgave. Men, andre søkeord hadde kanskje gitt flere treff på relevante studier. De artikkelene som vi har brukt i vår oppgave fyller kriteriene for vitenskapelige artikler. Den eldste artikkelen er publisert i 2003, og er dermed 11 år gammel. Vi har likevel valgt å ta den med, dette siden temaet i artikkelen er relevant i forhold til fokus i vår problemstilling. Vi har også sett på hvem som har skrevet artikkelene, for å blant annet se på hva de har skrevet før og hva de er utdannet som. Alle har tatt en utdanning som er relevant for å skrive forskning til utøvelse av sykepleie.

Det har faktisk vært vanskeligere enn vi hadde antatt å finne vitenskapelige artikler til vår oppgave. Det finnes mange artikler om helhetlig sykepleie og tillit, der kommunikasjon inngår for at tillit kan skapes, eller for å gi en helhetlig sykepleie, men det er lite artikler som spesifikk omhandler hva kommunikasjon betyr for pasienter som er innlagt på sykehus, for at de skal få en god omsorg. Dermed handler flere av artiklene våre om tillit og omsorgsrelasjon, dette fordi at disse temaene også inngår i oppgaven vår, men også fordi at kommunikasjon er et stort tema i artiklene.

### 3 ERFARINGER FRA PRAKSIS

I praksis på kirurgisk avdeling ble en kvinne i 40 årene innlagt for en elektiv operasjon. Sykepleiestudenten fikk ansvaret med å følge henne opp pre, per og post operativt, og hun valgte å skrive en administrativ pleieplan om denne pasienten. Studenten brukte god tid på å bli kjent med pasienten for oppnå en god relasjon. Pasienten bodde ute i distriktet, hun hadde to tenåringsbarn som mannen hadde ansvar for hjemme mens hun var på sykehuset. Hun kjente ingen i nærområdet, derfor følte hun seg noe ensom under oppholdet. Dette fanget studenten opp, og var derfor nøye med å gå ofte inn til pasienten for å høre hvordan hun hadde det, selv om hun ikke ringte på klokken. Pasienten klarte seg selv før operasjonen, men hun hadde en del tanker og bekymringer angående operasjonen, særlig om hvordan det ville bli etterpå. Pasienten hadde blitt operert før, og gikk på smertestillende/analgetika hjemme til vanlig. Hun var nå bekymret for hvordan smertene ville bli etter operasjonen.

Studenten hadde flere samtaler med pasienten hvor hun forklarte rutinene på avdelingen, forberedelsene de skulle gjøre før operasjon, hvordan smerteregime og hvilken praksis de hadde på avdelingene. Studenten merket at pasienten ble roligere av informasjonen hun fikk. Studenten var med å observerte under operasjonen. Dette var til stor hjelp postoperativt hvor studenten kunne forklare hva legene hadde gjort, og samtidig kunne svare på spørsmål fra pasienten. Pasienten hadde smerter i operasjonsåret og studenten kunne forklare hvorfor på bakgrunn av hva studenten hadde sett under operasjon. Dette dempet noe av angsten pasienten følte av smertene.

Sykepleieren på vakt hadde det ganske travelt, dette kom til uttrykk i kommunikasjonen med pasienten, da sykepleieren ønsket at smertepumpen og smertelindringen intramuskulært skulle seponeres. Sykepleieren hadde en paternalistisk holdning, og var kort, konsis og befalende overfor pasienten. Pasienten hadde store smerter og var skeptisk til å seponere smertepumpen, samt seponere smertestillende intramuskulært. Studenten observerte at sykepleierens fremtreden gjorde at pasienten ble såret og forvirret. Studenten gikk inn til pasienten og satte seg. Pasienten fikk da muligheten til å fortelle hva hun følte. Hun var fortvilet og følte at smertene hennes ikke ble tatt på alvor, i tillegg følte hun at hun ikke hadde noe hun selv som pasient skulle ha sagt om en så viktig avgjørelse. Studenten brukte tid på å fortelle at de ikke skulle slå smertepumpen helt av, men trappe ned, dette for at pasienten skulle få muligheten

til å komme opp å gå. Studenten fortalte at de var redd for komplikasjonene ved sengeleie, samt at effekten på intramuskulære injeksjoner var ustabile i forhold til smertestillende i tablett form. Det ble gitt god informasjon om hva pasienten kunne forvente seg, samt hva slags tiltak som kunne settes inn om hun fikk voldsomme smerter. Med denne informasjon, samt det at sykepleiestudenten hadde en god relasjon med pasienten, så gikk pasienten med på tiltakene.

Studenten reflekterte over situasjonene hun hadde opplevd med denne pasienten, hvor hun så i praksis hvor viktig god kommunikasjon og relasjon er. Det at en ser hele pasienten, og lar pasienten komme til ordet for sine bekymringer og tanker kan være avgjørende om en spiller på lag under oppholdet. Pasienten var veldig fornøyd med studenten som hadde fulgt henne opp. Hun fortalte ved utreise hvor mye det hadde betydd for å redusere stresset, ensomheten, og det at studenten tok noen av de misforståelsene eller kommunikasjonssviktene som hadde oppstått mellom pasient og sykepleier. Hun hadde lagt merke til at på vaktene hvor studenten ikke var der, så hadde personalet nesten ikke vært innom og hun hadde blitt liggende mye alene med sine tanker og følelser.

## 4 TEORIDEL

### 4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsens omsorgsfilosofi er opptatt av de grunnleggende spørsmålene som er knyttet til menneskets natur og livsvilkår, samt de konsekvensene som dette grunnsynet har for sykepleien. Martinsens menneskeoppfatning bygger på relasjoner mellom mennesker, der fellesskapet mellom menneskene har en sentral rolle. Hun kritiserer den positivistiske kunnskapsutviklingen innenfor sykepleiefaget, og mener at det faglige skjønn og den praktiske kunnskapen som sykepleieren gjør er viktigere enn denne teoretiske/begrepslige kunnskapen (Kristoffersen, 2005).

Omsorg er grunnlaget for sykepleie. Omsorg er et mål i seg selv i sykepleien, og man skal ikke stille krav til pasienten om at han skal yte noe tilbake. Omsorgen skal ytes på pasientens premisser og gjennom personlig engasjement og innlevelse i situasjonen som pasienten er i. Omsorgsarbeidet kjennetegnes ved at pasienten er i en situasjon der han ikke er selv-hjulpen, og den som utøver omsorg har ansvaret og forpliktelse i omsorgsrelasjonen. Denne relasjonen er basert på en generalisert gjensidighet – vi sørger for den andre uten å forvente noe tilbake fra den andre (Martinsen, 2003).

Det er tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er viktige. Martinsen sier at omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. Moralen viser seg i måten som arbeidet blir utført på, og denne dimensjonen er dermed overordnet de andre. Omsorg er å inngå i relasjoner, og det handler om å knytte bånd (Martinsen, 1990).

Den relasjonelle dimensjonen: Sykepleieren må være engasjert og interessert i pasienten. Det er ved å sette seg inn i pasientens situasjon sykepleieren kan yte den hjelpen som pasienten trenger, og vite hva den andre er best tjent med. Kari Martinsen støtter seg til Løgstrup når hun snakker om livsytringene. De suverene og spontane livsytringene er et uttrykk for kjærligheten mellom menneskene, de er oss gitt og hører tilværelsen til. Tilliten og barmhjertigheten, som er eksempler på livsytringer, er i den konkrete situasjonen på forhånd, og valget går ut på å stille seg åpen for dem og oppfylle dem ved å være engasjert og interessert i den andres ve og vel, eller å skuffe dem. Hvis man er åpen for livsytringene blir beslutningen som tas preget av nærhet, umiddelbarhet og spontanitet. Tilliten er et uunnværlig

fenomen i yrkesmessig forhold. Pasienten vil ofte ha en spontan og umiddelbar tillit til sykepleieren ved å utlevere seg. Han har en forventning om å bli imøtekommet. Dette retter en etisk fordring til sykepleieren, om å imøtekomme pasienten. Pasienten vil bli tatt på alvor, selv om sykepleieren i enkelte situasjoner må handle mot det pasienten ønsker – for pasientens beste. Sykepleieren har da to muligheter. Å ta vare på den andres spontane tillit eller å ødelegge grunnlaget for denne tilliten. Tilliten kan ødelegges ved at sykepleieren er likegyldig til pasientens utleverenhet, eller styrkes ved at han opplever interesse, kunnskap og kompetanse for han og hans situasjon (Martinsen, 1990).

Den praktiske dimensjonen: Som en medmenneskelig sykepleier kan man gjenkjenne situasjoner, og forstå den syke fordi vår dagligverden har mange likhetstrekk. Man kan ikke kjenne den andres smerte, men med egen erfaring gjør en i stand til å se og forstå den andre ut fra hans situasjon. Ved å være medmenneske og samtidig inneha fagkunnskaper som sykepleier, så kan man sørge for den andre på en særlig omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Dette kan for eksempel gjøres ved å lindre smerter, stille kroppen, sørge for god liggestilling og gi mat og drikke, samt at man snakker i et dagligspråk som han forstår. Med sin sykepleierbakgrunn kan pleieren også bruke de enkle redskaper, som vaskeklut og bekken, på en slik måte at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen. Pasienten vil da føle anerkjennelse. Å anvende fagkunnskap på denne måten, er noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon (Martinsen, 2003).

Den moralske dimensjonen: Omsorg handler om relasjoner, og moralen viser seg i de praktiske handlingene. Moralens handler om å sette seg inn i den andre situasjon, for å handle til den andre beste. Enhver situasjon i sykepleien står overfor den moralske utfordringen om å handle for det beste for pasienten (Martinsen, 2003).

Martinsen støtter seg til Løgstrup når hun sier at moralen har to sider, spontanitet og norm. Den spontane moralen, uttrykkes i kjærligheten, den uttrykker noe universelt, noe som er felles for oss mennesker. Det er en handling som er til det beste for den andre, og som er spontan og uegennyttig fra giverens side. Den andre moralen blir kalt for normmoralen. Den viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og det samfunnet vi lever i. Hensikten med denne moralen er å uttrykke kjærlighetens ide, som for eksempel å oppføre seg som å elske sin neste selv om man ikke gjør det (Martinsen, 2003).

Av ulike grunner kan den spontane moralen svikte, at spontaniteten er utilstrekkelig. Dette kan skje ved situasjoner som er svært kompliserte og uoversiktlige, slik at man må overveie og gjøre skjønnsmessige vurderinger for å vite hva som er de riktige handlingene. Da kommer normmoralen, eller krykkemoralen, som den også er kalt, inn og setter ord på det som kjærlighetene spontant ville gjort. Denne moralen blir en erstatning for vår manglende godhet (Martinsen, 2003). I sykepleieyrket kreves begge moralene. Dette ved at vi møter den andre ved å sette seg inn i hans situasjon for å gjøre hva som er best for ham. Samtidig har vi det kliniske blikk og må ta vurderinger ut fra dette (Kristoffersen, 2005).

Martinsen har en verdioppfatning hvor relasjoner og avhengighet til hverandre som mennesker er fundamentalt. I vår avhengighet til hverandre utspringer det en fordring om å ta vare på hverandre, og her kommer livsytringene inn, som for eksempel tillit og barmhjertighet. Livsytringene er spontane og umiddelbare. De krever ingen begrunnelse, og de fullbyrder seg i konkrete situasjoner og kommer fram gjennom våre handlinger. Tilliten er fundamentet i vår henvisthet og avhengighet til hverandre, og den har en sentral plass i sykepleierens omsorg. Tillit og omsorg har med engasjement og innlevelse å gjøre. Å vise tillit betyr å utlevere seg, det handler om å våge seg fram for å bli imøtekommet. Den er elementær i samtalen og vår holdning til hverandre. Vi møter hverandre med tillit, men står vi over hverandre med mistillit er det ut fra visse grunner eller omstendigheter. På forhånd tror vi for eksempel ikke at det andre mennesket lyver, det gjør vi først etter å ha grepet ham i en løgn. Da oppstår mistilliten, av en mangel på tillit (Martinsen, 1990).

Omsorgen kan være sentimental eller paternalistiske. I den sentimentale omsorgen lager mine egne følelser begrensinger til min deltakelse i den andres lidelse. Situasjonen blir dermed borte. Paternalisme er en form for bedrevitenhet fra yrkesutøverens side. Den andre fratras da muligheten til å delta i beslutninger om egne livsmuligheter. Den andre tas ikke hensyn til, og det er den profesjonelle som vet den andres beste. Den andre blir gjort maktesløs. I både den sentimentale og den paternalistiske omsorgen blir sensitiviteten for den andre borte. Man vil ikke kunne vise den andre sårbarhet, sensitivitet og oppriktighet i relasjonen, som er nødvendig for å bli den andre tillits verdig. Det blir en utarting av omsorg. Kari Martinsen taler for bruk av det hippokratiske prinsipp, eller en svak paternalisme. Sykepleieren vil alltid forsøke å gagne den enkelte pasient. Man setter seg inn i den andres situasjon, og ut fra faglig

skjønn ser man hvordan man skal handle slik at pasienten får det best mulig (Martinsen, 1990).

## **4.2 Menneskesyn og etikk**

Ett menneskesyn sier noe om hvordan vi ser oss selv og forholder oss til andre som mennesker. Vi skaper verdier i ung alder, og gjennom disse verdiene blir menneskesynet representert. Menneskesynet viser seg gjennom holdninger og praksis, og det har betydning for valg som blir tatt (Odland, 2007). Gjennom sykepleieutdanningen kreves det at vi reflekterer over vårt menneskesyn. Det kommer frem i våre holdninger og handlinger med pasientene.

Ett holistisk menneskesyn tar for seg hele mennesket. En må forholde seg til alle dimensjonene ved mennesket. Dimensjonene er delt inn i fire grupper: den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige. Alle dimensjonene virker inn på hverandre. En kan ikke kun se på den delen ved mennesket som ikke fungerer, men en må se på alle dimensjonene for å kunne gi helhetlig omsorg. Det å ta for seg hele mennesket er nødvendig for å finne problemets årsak. Man kan ikke bare se på pasienten som en fysisk kropp, men man må forholde seg til mennesket som en helhet. Dette innebærer at man ser hele pasienten, med kropp, tanker, engstelse, skavanker, skam, sårbarhet og så videre, man ser de fenomenene med mennesket som hører menneskelivet til (Odland, 2007).

Eksempel på dette med å bare se pasienten som en kropp, altså ut fra den fysiske dimensjonen, er at en pasient kan gjentatte ganger bli innlagt på sykehuset med magesmerter. Hvis man kun behandler magesmertene der og da, og kun behandler symptomene, så kan årsaken til problemet bli oversett, som da kan være stress i hverdagen.

Målet med å ha et holistisk menneskesyn er å inkludere mest mulig av mennesket, og ta hensyn til at det er mange potensielle årsaker til sykdom og dårlig helse. Når pasientenes helsemessige problem skal løses, må pasientene sees på som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere. Ved at man har et jeg-du forhold, så bekreftes pasienten som et likeverdig menneske ved at han og sykepleieren går inn i en relasjon til hverandre. Et slik forhold innebærer at man framstår for hverandre som likeverdige subjekter, og man har et



felles mål som er til pasientens beste. Når man har et jeg-det forhold, så har man et forhold som innebærer subjekt-objekt. Pasienten blir behandlet som en ting, kroppen blir som et objekt som skal måles, vurderes og analyseres, for så å behandles ut fra de målinger og beregninger som er gjort. Sykdommen og det syke organet blir i fokus, og det får konsekvenser for kommunikasjonen og samhandlingen mellom pasient og helsepersonell. Kommunikasjonen blir preget av at samtalen bare går en vei, og samhandlingen preges av at man ”gjør noe med” pasienten, i stedet for ”å gjøre noe sammen med” pasienten. Ved at man har et jeg-det forhold, så blir ikke pasienten sett og bekreftet som et menneske med egenverd og betydning, men kun som et objekt uten selvforståelse (Odland, 2007).

De Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) bygger ICNs etiske regler, og FNs menneskerettighetserklæring. I retningslinjene blir det slått fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleien som gis skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, og konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre god praksis. Som sykepleiere er den fundamentale plikten å vise omsorg for mennesker som lider. Det forutsetter at sykepleieren har en etisk bevissthet og solid dømmekraft da sykepleiere har et stort faglig ansvar. Det bør jevnlig skapes arenaer for etiske refleksjoner, siden reflektert praksis er nødvendig for moralsk praksis. Det er noen retningslinjer som er spesielt relevante for vår oppgave, og det er blant annet punkt 2.3 ”*Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg*” og punkt 2.4 ”*Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.*” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011: s. 8).

### **4.3 Kommunikasjon og relasjon**

Begrepet «kommunikasjon» har sitt opphav fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Ordet «relasjon» som kommer fra det latinske ordet *relatio* vil si å stå i forbindelse med en annen (Eide og Eide, 2008).

I ett kommunikasjonsforhold er det minst to parter, hvor de er i gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre. Kommunikasjon er ofte sammensatt, enten det er nonverbale

eller verbale tegn og signaler som gis må de fortolkes hos den andre. Ett ord har sjelden kun en betydning, det kan menes som ironisk, humoristisk eller sårende. Utfra tolkningen av signalene eller tegnene som gis kan møtet med den andre oppleves på forskjellige måter. Det er den andres signaler og hvordan vi fortolker disse som danner grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. I tillegg kan ulike personer reagere ulikt på samme signaler. Dette kan gjøre kommunikasjon og relasjon utfordrende (Eide og Eide, 2008).

Vårt nonverbale språk kan i hovedsak fungere på to måter: kongruent eller inkongruent. Med dette menes det at ved kongruens så er det en overenstemmelse mellom den verbale og nonverbale kommunikasjonen, og at det ikke er avstand eller konflikt mellom det man sier og det man uttrykker uten ord. Inkongruent kommunikasjon er det motsatte, det verbale og nonverbale stemmer ikke overens. Kommunikasjon som er inkongruent fra hjelperen sin side kan lett skape utrygghet og mistillit hos den andre (Eide og Eide, 2008).

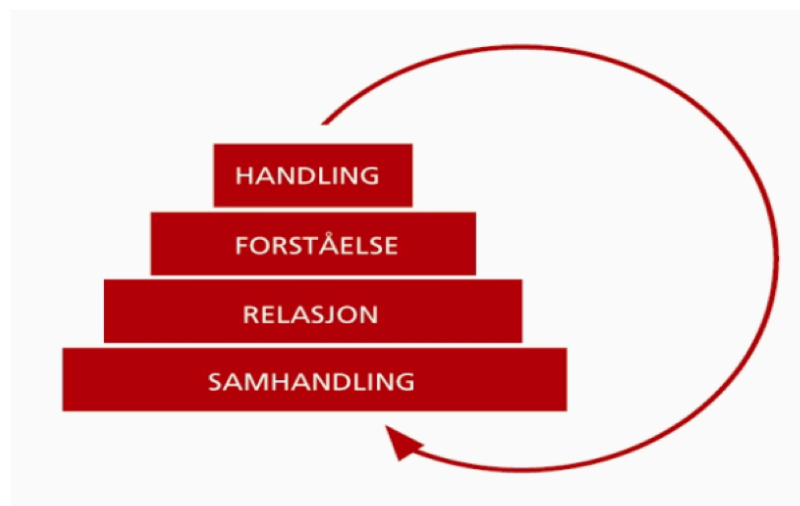
Kommunikasjon i hverdagen og kommunikasjonen sykepleieren har på jobb er ikke helt den samme. På jobb kommuniserer vi som helsepersonell, vi yter en profesjonell kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon hører til vårt yrke, enten det er med pasienter, kollegaer eller i samarbeid med andre profesjonsutøvere. På jobb yter vi en hjelpende rolle, hvor det stilles forventninger til oss og hvor vi bruker vår faglige kompetanse til å utfylle denne rollen. Det er ett helsefaglig formål med den profesjonelle, hjelpende kommunikasjon vi utøver i yrket. I følge ICN, den internasjonale kodeksen for sykepleiere er hovedformålet «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelser» (Eide og Eide, 2008).

Det å ha faglig kompetanse kan en si er oss som fagpersoners måte å forstå og forholde seg i en yrkessammenheng til de ulike kravene som møter ham. Som fagfolk stilles det andre krav enn i dagliglivet og vi møter andre kommunikasjonsutfordringer og –muligheter. For å kunne håndtere disse trenger vi relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse handler om å forstå og å samhandle slik at vi kan på en profesjonell og forsvarlig måte møte menneskene i yrkessammenheng. En med relasjonskompetanse samhandler med andre på en måte som gir mening, bevarer hensikten med samhandlingen, og som ikke beskjemmer den andre. En skal i hovedsak sette den andres behov før ens egne. En relasjonskompetanse går ut på å kunne etablere en relasjon, vedlikeholde denne over tid og til slutt kunne avslutte profesjonelle

relasjoner på en god måte. I tillegg bør en som fagperson inneha evnen til situasjonsforståelse, empatisk holdning, kulturell sensitivitet og selvinnsikt. En må se den andre, og forstå hva som skjer i samspillet med personen. Når en går inn i en relasjon legges det opp til god kommunikasjon slik at det som skjer er til det beste for den andre. Forutsetningen for dette er å møte den andre som ett subjekt. At en som fagperson har respekt for at den andre er ett selvstendig og handlende individ, med bestemmelsesrett (Røkenes og Hanssen, 2006).

Det å ha evnen til å samhandle å handle er viktig i jobben som fagperson hvor vi møter andre mennesker. Handlingskompetanse vil si at vi innehar kunnskap og ferdigheter som gjør oss i stand til å handle for den andre eller gjøre noe med en viss situasjon som for eksempel det å skifte på ett sår, eller trykk avlaste utsatte punkter i sengeleie. Når handlingskompetansen utøves i samspill med relasjonskompetansen kan en si at totalen blir en yrkeskompetanse. I ett slikt samspill ser en og behandler hele mennesket. Kommunikasjon, relasjon og det å forholde seg til en annen er nødvendig sammen med den aktuelle handlingen for å kunne opptre hensiktsmessig og forsvarlig. Det å kombinere disse ulike kompetansene i situasjonen med den andre vil si en må kunne reflektere over situasjonen og begrunne sine handlinger (Røkenes og Hanssen, 2006).

Røkenes og Hanssen forteller om relasjonspyramiden, som er illustrert på neste side. Det er en prosess hvor en kan skape en god hjelperelasjon. Pyramiden er bygd opp av fire elementer som er samhandling, relasjon, forståelse og handling. Samhandlingsprosessen som skaper tillit, trygghet og tilknytning bidrar til god relasjon. Det er da lettere å forstå hverandre når en har en trygg relasjon og når du forstår den andre kan du på en hensiktsmessig måte handle overfor den andre. Relasjonspyramiden beskrives som en sirkulær prosess. Om handlingen styrker relasjonen kan partene oppnå en god samhandlingssirkel hvor en kan oppnå positiv utvikling og endring. En negativ samhandlingssirkel kan oppstå om handlingene bidrar til å svekke relasjonen. Det kan oppstå negative følelser, bidra til avstand og fravær av forståelse for den andre som igjen gir dårligere grunnlag for å handle hensiktsmessig (Røkenes og Hanssen, 2006).



*Relasjonspyramiden illustrert av Røkenes og Hanssen, 2006.*

#### **4.4 Forskningsartikler**

Dinc, L og Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review

Hensikt: Å reportere resultatene av en litteraturstudie av empiriske studier om tillit innen sykepleier-pasient forholdet.

Funn: Tillit er en dynamisk og relasjonell prosess. Tillit er en viktig del av sykepleier-pasient forholdet, ikke bare for kvaliteten og positive utfall, men også for pasientene. Artikkelen viser også til at kvantitative studier om tillit er sjeldne.

Konklusjon: Tillit er et relasjonelt fenomen og prosess, som fort kan bli ødelagt og gjenoppbygd. Sykepleiernes profesjonelle kompetanse og egenskaper var viktige i utviklingen av tillit, uansett, mange faktorer kan hindre et tillitsforhold.

Metode: Litteraturstudie, der de så på 34 artikler fra året 1980 – 2011. Både kvalitative og kvantitative studier.

McCabe, C. (2004). Nurse – patient communication: an exploration of patients' experiences.

Hensikt: Å utforske og produsere utsagn som er relatert til pasienter erfaringer om hvordan sykepleiere kommuniserer.

Funn: Mangel på kommunikasjon, tilstedeværelse, empati og vennlige sykepleiere med humor.

Konklusjon: Funnene indikerer at, i kontrast til litteraturen som foreslår at sykepleiere ikke er gode til å kommunisere med pasienter, at sykepleiere kan kommunisere godt med pasienter når de bruker en pasientsentrert tilnærming. Likevel, så ser det ikke ut til at helseorganisasjonene verdsetter viktigheten å bruke en pasientsentrert tilnærming i kommunikasjonen.

Metode: Ustrukturert intervju, åtte pasienter, sykehus Irland.

Rudolfsson, G., Post, I, V og Eriksson, K. (2007). The Perioperative Dialogue – Holistic Nursing in Practice.

Hensikt: Å syntetisere funnene i to tidligere kvalitative studier for å generere en ny forståelse og konsensus på helse i den perioperative dialogen fra perspektivet til pasienter, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere.

Funn: Det at sykepleierne lager tid for pasientene, så gir det pasientene en følelse av styrke. Det at en god relasjon blir lagd mellom sykepleier og pasient gjennom engasjement, gir pasienten en følelse av at operasjonen er noe de gjennomgår sammen, og det gir en trøst.

Konklusjon: Helse er et multi-dimensjonalt konsept som er linket til miljøfaktorer og som handler om å være involvert og engasjert. Begrepet helse må settes inn i et helhetlig perioperativ sykepleieperspektiv for å forstå trivselen sin plass i livet til pasienten og sykepleieren.

Metode: Denne artikkelen er en syntese av to kvalitative studier utført av den samme etterforsker innenfor et forskningsprogram på temaet pasienter, anestesisykepleiere og operasjons-sykepleiere opplevelser av perioperative dialog.

Berg, L & Danielson, E. (2007). Patients'and nurses'experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust.

Hensikt: Å belyse meningen med en god omsorgsrelasjon mellom sykepleierne og pasienter som hadde kroniske sykdommer.

Funn: Ble delt inn i pasientenes og sykepleiernes syn på fenomenet. Temaene til pasientene var: Opprettholde integriteten, med undertemaer som bruk av egen kompetanse og å bli pleiet av hele teamet. En følelse av sårbarhet, med undertema som å bli gitt omsorg til i en vanskelig situasjon og å bli utlevert, søken etter et personlig omsorgsforhold. Temaene til sykepleierne var: En målrettet streben med undertema som å bruke sin egen kompetanse og å være oppmerksomme på begrensningene også. En krevende medfølelse/barmhjertighet/medlidenhet med undertema som å gi omsorg i en vanskelig/spent situasjon og å være oppmerksom på hva som trengs.

Konklusjon: Studien viser både sykepleiernes og pasientenes syn på omsorgsrelasjonen. Pasientene trengte mer tillit enn det sykepleierne hadde mulighet til å tilby. All helsepersonell jobbet sammen for å skape og forme omsorgsrelasjonen, slik at pasientene følte seg trygge og fornøyde, selv om det ikke ga en følelse av tillit.

Metode: Intervju, 13 intervjuer sju pasienter og seks sykepleiere. Fortolkende fenomenologisk metode for å analysere dataene.

Berg, L., Skott, C og Danielson, E. (2007). Caring relationship in a context: Fieldwork in a medical ward.

Hensikt: Finne ut hvordan omsorgsrelasjonen mellom pasient med kronisk sykdom og sykepleier blir formet i en medisinsk kontekst.

Funn: Tre temaer dukket opp som handlet om hvordan omsorgsrelasjonen formet seg. Respekt for seg selv og hverandre, ansvar for å nå ut til hverandre og engasjement.

Konklusjon: Funnene i studien lager basisgrunnlaget for å forme en omsorgsrelasjon. Omgivelsene rundt har også noe å gjøre med hvordan omsorgsrelasjonen blir formet.

Metode: Observasjon og nedskrivning av notater, og analysert med en fortolkende fenomenologisk metode.

#### 4.5 Tabell med artikkelfunn

TEMA	SUB-TEMA
Omsorg	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tillit</li><li>- Trygghet</li><li>- Tidsklemme</li></ul>
Relasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tidsklemme</li><li>- Tillit</li></ul>
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kommunikasjon</li><li>- Informasjon</li><li>- Kongruens</li></ul>

## 5 DRØFTING

### 5.1 Omsorg

Møtet med pasienter i sykehus er preget av omgivelser med høy teknologi og avansert medisinsk behandling. Selv om pasienten har kommet til avdelingen uventet eller planlagt, så er pasienten i ukjente omgivelser, og er avhengig av ukjente mennesker. Dette er noe som kan forsterke de belastninger som pasienten er utsatt for. Utgangspunktet for sykepleien er et helhetlig menneskesyn der pasientenes rettigheter og integritet opprettholdes. Dette tar utgangspunkt i kravet til forsvarlig omsorg for hele personen. Å ha slik omsorg innebærer en handling og holdning som inkluderer alle dimensjonene til mennesket, den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Dette forutsetter respekt for pasientens integritet (Moesmand og Kjøllesdal, 2007).

I helsepersonelloven §4 står det: *”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.”* Dette gjelder all helsehjelp. Forholdet mellom begrepene ”faglig forsvarlighet” og ”omsorgsfull hjelp” er ikke særlig omtalt i lovforarbeidene. Begrepene kan til en viss grad virke overlappende, men det er antakelig et riktig utgangspunkt hvis man sier at faglig forsvarlighet retter seg mot det tekniske, mens at begrepet omsorgsfull hjelp handler om en verdibasert måte å opptre atferdsmessig på. Dette innebærer at hjelpen skal være preget av respekt, innlevelse, omtanke og vennlighet. Det handler om å opptre på en måte som ivaretar pasientens verdighet og behov for trygghet. Pasientene må bli møtt med respekt, engasjement og empati av helsepersonellet, i forhold til sine forventninger, følelser, spørsmål og usikkerhet som mottaker av helsehjelp (Molven, 2009).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det også nedfelt i regel 2.3 at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg.

I to av våre artikler blir omsorgsbegrepet diskutert. I studien til Rudolfsson m.fl. (2007) liker pasientene å ha følelsen av at de selv er en verdifull kilde til informasjon, og at sykepleierne gjør dem fullt involvert i behandlingen. Sykepleier må lage og ofre tid til pasientene, og ha en



kontinuitet i pleien. Helsepersonellet må vise genuin interesse og lytte til pasienten. Berg m.fl. (2007a) diskuterer omsorgsbegrepet sett fra både pasient og sykepleier sitt perspektiv. Omsorg fra pasientperspektivet går ut på at sykepleierne må ha tid til å skape tillit og trygghet, siden pasientene er i en sårbar situasjon. Pasientene så på det å opprettholde sin integritet som en viktig faktor innenfor omsorg, det gikk blant annet ut på å bruke sin egen kompetanse der det var mulig. Det var veldig hektisk på avdelingen, og de følte seg trygge, men de hadde ikke tillit til sykepleierne. Dette fordi at pasientene følte at de ikke fikk nok tid sammen med sykepleierne, og at det var skifte av personell ofte – det var ikke en fast sykepleier å snakke med. Sykepleierne følte at de ikke fikk tid til å gi en god nok omsorg slik som pasientene ønsket fordi den hektiske hverdagen med mange arbeidsoppgaver. Det ble en tidsklemme mellom de målbare oppgavene og det å sitte seg ned å snakke med pasientene.

Dette ser vi fra historien i praksis hvor pasienten følte helsepersonellet hadde det travelt, hvor de kun var innom rommet med matbrett eller om pasienten ringte på. På grunn av alle faste rutiner og prosedyrer til helsepersonellet følte hun at det var kun den fysiske siden som ble ivaretatt.

Det holistiske menneskesynet tar for seg hele mennesket, med alle dimensjonene, og dette er noe som må til for å kunne gi en helhetlig omsorg. Man kan ikke bare se på pasienten som en fysisk kropp, men man må forholde seg til mennesket som en helhet. Det innebærer at man ser hele pasienten, med kropp, tanker, engstelse, sårbarhet og skavanker. Man skal inkludere mest mulig av mennesket (Odland, 2007).

Alvorlig sykdom følges ofte av mange tanker om frykt for å dø, for å bli invalid eller varige funksjonsbegrensninger, for å ha smerter, for å tape mulighet til arbeid eller til å leve et fullverdig sosialt liv på andre måter. Pasientens egen oppmerksomhet på sine følelsesmessige reaksjoner er ofte fraværende siden det er liten anledning til å absorbere og bearbeide følelsesmessige reaksjoner i en hektisk sykehushverdag. På den andre siden er også sykepleierne ofte så opptatt av rutiner, prosedyrer og sykepleiehandlinger at den psykiske dimensjonen ved sykdommen lett blir usynliggjort (Håkonsen, 2006).

Kari Martinsen sier at omsorgen skal ytes gjennom personlig engasjement og innlevelse i situasjonen. Pasienten er i en situasjon der han ikke er selv-hjulpen, og omsorgsutøveren har

ansvaret og forpliktelse i omsorgsrelasjonen. Martinsen mener at omsorg handler om å inngå i relasjoner, om å knytte bånd. Hun påpeker også at omsorg er et begrep som består av tre dimensjoner, det er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Ovenfor ser vi at sykepleierne bare gjør det praktiske, bestemte handlinger som fastsatte prosedyrer og rutiner, mens de andre dimensjonene ved pasienten faller bort. Når sykepleierne bare gjør handlinger ut i fra hva som må gjøres, så faller omsorgen bort. Pasienten blir ikke sett, og føler seg ikke verdsatt, og den relasjonelle dimensjonen blir ikke opprettholdt. Moralen faller også bort, for når man ikke oppnår en god relasjon til pasienten så kan man heller ikke sette seg inn i pasientens situasjon, og man kan dermed ikke handle til den andres beste.

## **5.2 Relasjon**

I en svensk studie så de på hvordan omsorgsrelasjonen ble formet i en medisinsk kontekst. Pasientene og sykepleierne var enige om at man måtte ha respekt for hverandre, men også for seg selv. Det var viktig å lytte til hverandre og vise tålmodighet, samt at pasientene følte at de ble tatt på alvor. Begge parter hadde et felles ansvar om å nå ut til hverandre for å søke forståelse, og pasientene i denne studien tok et ekstra ansvar med å følge opp det de hadde avtalt med sykepleierne. Det var et hektisk miljø på avdelingen, og relasjonen ble formet gjennom omsorgsrutinene. Pasientene mente at sykepleierne måtte være engasjerte, og det hadde en stor betydning for dem at sykepleierne brydde seg om for hva sykdommen betydde for deres liv (Berg m.fl., 2007b).

Omsorg og tillit er noe som er vanskelig å skape i sykepleien på grunn av trekkene ved sykepleierens arbeidssituasjon og strukturene i omsorgens felt. Tidsstrukturen i sykepleien fremmer oppgaveorientering, og det hindrer oss i å ta imot den andres utleverhet. Flyktige og springende relasjoner gir ikke tilliten tid til å utvikles, og dette kan lett føre til formynderi ved at vi ikke har tid til å la pasienten komme til ordet (Martinsen, 1990).

Ut i fra erfaringer i praksis ser vi hvor viktig en god relasjon kan bety for behandlingen av pasienten. Sykepleieren opptrådte paternalistisk ovenfor pasienten da hun skulle seponere smertepumpen og smertestillende. Sykepleierens væremåte gjorde slik at pasienten følte seg såret og overkjørt som resulterte i en dårlig relasjon. Sykepleierstudenten hadde gjennom

oppholdet opparbeidet seg en god relasjon til pasienten ved å aktivt lytte, se pasientens situasjon og viser respekt. Dette førte til at sykepleierstudenten oppnådde å få pasienten med på lag angående smertebehandlingen.

Relasjoner og avhengighet til hverandre som mennesker er fundamentalt. I avhengigheten til hverandre springer det ut en fordring om å ta vare på hverandre, og her kommer livsytringene som for eksempel tillit inn. Tilliten er i den konkrete situasjonen på forhånd, men det er opp til den andre om tilliten blir styrket eller om den blir svekket. Tilliten blir styrket ved at sykepleieren er engasjert og interessert i pasientens ve og vel, og den kan svekkes ved at sykepleieren virker likegyldig til pasientens utleverenhet (Martinsen, 1990).

I vår historie fra praksis og i studien til Berg m.fl. (2007a) ser vi at tidsklemma gjør at sykepleierne ikke får tatt imot pasientenes fordringer, slik at pasientene mange ganger føler mistillit og at de ikke blir sett. I historien har sykepleieren en paternalistisk holdning. Dette mener Martinsen er en form for bedrevitenhet fra yrkesutøveren sin side. Den andre blir gjennom denne holdningen fratatt muligheten til å delta i beslutningene om sine egne livsmuligheter. Pasienten blir ikke tatt hensyn til og blir gjort maktesløs. Dette følte pasienten i historien. Sykepleieren, som hun ikke hadde noe god relasjon med, kom inn og fortalte at smertepumpen og infeksjonene med smertestillende skulle seponeres, og sykepleieren hadde ikke tid til å bruke tid på å forklare pasienten hva dette innebar. Sykepleierstudenten hadde derimot en god relasjon til pasienten, og tid, slik at hun fikk forklart dette nærmere til pasienten. Pasienten hadde etter å ha fått god informasjon om dette, ingen problemer med å få seponert smertepumpen og injeksjonene.

Å etablere kontakt forutsetter tid, og at man er bevisst på sin kvalitative bruk av tid. Den som skal hjelpe må ha kunnskaper, evne og vilje til å fange opp den andres signaler, tolke disse, få dem bekreftet eller avkreftet og så handle på beste måte. Handlingene trenger ikke bare å være praktiske, men det kan også være det å være sammen med pasienten, tilfredsstillende behovet for forståelse, oppmuntre, informere eller å lytte til den andres vanskelige situasjon og respektere hans reaksjoner og valg i situasjonen. Ved at sykepleieren er engasjert og involvert, så er dette også medvirkende til å skape tillit og etablere kontakt. Hvis sykepleieren ser effektiv eller travel ut, så hemmer dette oftest etableringen av kontakt (Moesmand og Kjøllesdal, 2007).

I undersøkelser og systematiske praksiserfaringer som er gjort kan en se at selve relasjonen en har til personen ofte betyr mer enn de instrumentelle, målrettede teknikker og metoder fagpersonen bruker. Dette vil med andre ord si at det er nødvendig se på kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og pasient/bruker, da den kan være avgjørende i arbeidet. En må tenke på relasjonen som bærende av hjelpen som gis, i tillegg vil det være i seg selv en hjelp for de som er i en slik bærende relasjon (Røkenes og Hanssen, 2006).

Det er gjort hjerneforskning på apehjerner hvor en ser tydelig to ulike nettverk som samspiller om hvordan ett individ i ulik grad ønsker å be om hjelp fra andre. Disse to nettverkene er plassert i amygdala og i den høyre pre frontale delen av hjernebarken. Når vi for eksempel reagerer på trusler aktiveres amygdala og i den høyre pre frontale delen angår tilknytning til andre og målrettet adferd. Ut i fra hvordan individet stimuleres hvor det er trygghet, tilknytning eller utrygghet øker eller minsker stimulusene til disse sentrene i hjernen. Dette kan resultere i at impulser blir blokkert og individet blir hemmet i å be om hjelp. Forskerne mener dette samspilles er å se i menneske hjernen, de mener og at fra dyreverden er det å be om hjelp å signalisere sårbarhet noe som kan tiltrekke rovdyr. På grunn av dette vurderer man hvem en ber om hjelp fra. På bakgrunn av denne forskningen kan det tyde på at den dynamikken som utspiller seg i hjelperelasjon er basert på fundamental nevrobiologisk grunnlag. Hvor støttende og trygg en person føler relasjoner er avhenger i hvilken grad personen åpner seg og tørr å be om hjelp (Røkenes og Hanssen, 2006).

Undersøkelsen Dinç og Gastmans gjorde i 2013 omhandler tillit i ett sykepleie-pasient forhold. Tillit er av vesentlig verdi i ett sykepleie-pasient forhold. Uten tillit er det ikke mulig å møte pasientens behov på en effektiv måte. De sier noe om at tillit er ett relasjonelt fenomen, som kan forsterkes eller svekkes utfra sykepleierens profesjonelle kompetanse og egenskaper.

Vi ser at som en fagperson stilles det andre krav og forventninger en i hverdagen. Det er gunstig for fagpersonen å inneha en relasjonskompetanse for å kunne yte best mulig pleie og omsorg ovenfor pasienten. Ved å benytte seg av en slik kompetanse kan relasjonen enten styrkes eller svekkes. Relasjonspyramiden er med på å illustrere prosessen for å oppnå en god

hjelperelasjon. Hjelperelasjonen skapes ut fra hvordan de fire elementene samhandling, relasjon, forståelse og handling utføres ovenfor pasienten (Røkenes og Hanssen, 2006). Vi ser her at sykepleieren i fortellingen fra praksis ikke la ned tid for samhandling da hun hadde det hektisk, noe som bidro til svekket relasjon. Ved den svekkede relasjon ble forståelsen for pasientens situasjon redusert, og handlingene ovenfor pasienten ble ett resultat av dette.

Sykepleieren hadde fokuset på handlingen ovenfor pasienten, og det er nødvendig som fagperson å inneha handlingskompetanse, men det er først ved samspillet med relasjonskompetansen at en kan si en har yrkeskompetanse. Og ved ett slikt samspill av disse kompetansene ser en og behandler hele mennesket. En må se personen og situasjonen og utøve den nødvendige kompetansen for den situasjon (Røkenes og Hanssen, 2006).

### **5.3 Kommunikasjon**

Sykepleieren væremåte i møte med pasient har betydning for hvordan pasienten opplever sin spesielle situasjon. Væremåten er en viktig del av sykepleierens personlige kompetanse, og den kan minske følelsen av sårbarhet og avhengighet. Håpet til pasienten blir påvirket gjennom hvordan sykepleieren snakker med pasienten på, hvordan informasjonen blir gitt og hvordan ting blir forklart. Sykepleierens væremåte og handlinger gir pasienten et budskap om hvorvidt hun har tro på at pasientens situasjon kan endres. Kongruensen mellom verbal og nonverbal kommunikasjon blir dermed viktig (Moesmand og Kjøllesdal, 2007).

McCabe skulle i sin studie utforske og produsere utsagn som var relatert til pasientenes erfaringer om hvordan sykepleierne kommuniserte (2004). Pasientene erfarte en mangel på informasjon, og at noen sykepleiere hadde en paternalistisk holdning. Dette gjorde at sykepleierne bare antok hva pasientene hadde det best med, og kommuniserte ikke med pasientene. Pasientene syntes at sykepleierne hadde en oppgavesentrert tilnærming, de kunne bare snakke litt hvis det for eksempel måtte ta et blodtrykk av pasienten. Pasientene følte det dermed ikke naturlig, og de opplevde heller ikke at sykepleierne ga informasjon om deres tilstand. Pasientene verdsatt at sykepleierne brukte en personlig tilnærming under kommunikasjon, og at de ble snakket til som personlige individer. Pasientene så at

sykepleierstudentene hadde en større tilstedeværelse enn sykepleierne, studentene fant tid til samtale uansett hvor travelt det var. Egenskaper som åpenhet, ærlighet, empati, vennlighet og humor ble satt pris på i kommunikasjonen, og at det ble vist en ekthet gjennom nonverbal kommunikasjon.

Mye av dette erfarte vi også i vår praksis på sykehuset. I fortellingen vår opplevde pasienten at sykepleieren var paternalistisk, og dette førte ikke til en god omsorg. Sykepleieren på avdelingen var så opptatt med de faste rutineene at kommunikasjonen ble bortprioritert. Sykepleiestudenten som nettopp har hatt om kommunikasjon på skolen, og som vet hvor viktig dette er, tok seg tid til å sitte sammen med pasienten for å forklare hva som skulle skje – og hvorfor. Dette gjorde at pasienten følte seg sett, og hun fikk vite – og forstod alt som skulle skje. Dette førte til at angsten forsvant.

Carl May (1990) har laget en oversikt over den empiriske forskningen på forholdet mellom sykepleier og pasient. Han påviser mange viktige resultater i forskningen. Mange studier har vist at sykepleieren mener at forholdet mellom sykepleier og pasient er svært viktig, men viser samtidig til at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient i praksis er begrenset. Uansett om man måler samtalens lengde eller hvor mange ganger sykepleieren snakker med pasienten, så viser det seg at denne interaksjonen er meget begrenset. May viser til flere prosjekter der kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier blir analysert, både kommunikasjonens innhold og karakter. Resultatene viser at samtalene ikke bare er kortvarige, men de er også ofte preget av en meget spesiell karakter, som går ut på at sykepleierne bruker ulike teknikker, bevisst eller ubevisst, for å unngå kommunikasjon med pasientene. Dette kan være at de stiller ja- eller nei spørsmål, slik at samtalen blir begrenset eller at samtalen inneholder direkte uttalelser i form av påstander (Svensson, 1998).

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Dette skal gjøres ved at sykepleieren gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sykepleieren må forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Det vi ser er at de yrkesetiske retningslinjer ikke ble fulgt av sykepleieren i historien. Hun var for oppgavesentrert og opptatt med sine handlinger at det å gi tilstrekkelig og tilpasset

informasjon falt vekk. Hun gav informasjon men forsikret seg ikke om at pasienten hadde forstått den riktig. Pasienten fikk heller ikke være med i avgjørelsen av sin behandling, kommunikasjonen ble begrenset og sykepleieren styrte den i stor grad. Pasienten følte seg som et objekt uten mulighet til å ytre sine meninger og tanker.

Ved god kommunikasjon ønsker vi å formidle ett budskap og ivare ta andre verdier i samhandlingen, eksempel tillitt, trygghet eller mestring. Det vi kan se er at har vi opparbeidet en bærende relasjon er det lettere å utveksle informasjon og forstå hverandre synspunkter. Når en jobber med mennesker er måten en kommuniserer på basert på hvem du er som person i tillegg til den konkrete yrkesrollen du har. Det er alt ettersom hvem du snakker med og hva hensikten er med samtalen som avhenger av god kommunikasjon, i arbeid med mennesker er det ønskelig som oftest å legge til rette for at pasienten føler han kan åpne seg. Føler seg trygg til å fortelle hva han føler, tenker, mener og opplever. Dette er positivt for oss som fagperson da en vet bedre hvordan en kan handle i forhold til den andre, en ser situasjonen fra pasientens ståsted. Det er nødvendig at åpenheten står i forhold til den bærende relasjon en har samt hva som er intensjon med samhandlingen (Røkenes og Hanssen,2006).

Ved at sykepleieren har et jeg-du forhold til pasienten, så bekreftes pasienten som et likeverdig menneske. De går da inn i en relasjon til hverandre, der de er likeverdige subjekter med et felles mål som er til pasientens beste. Hvis sykepleieren har et jeg-det forhold, så ser sykepleieren på pasienten som et objekt. Sykdommen eller det syke organet blir i fokus, og dette går ut over kommunikasjonen og samhandlingen. Samtalen går bare en vei, og samhandlingen preges av at ”gjør noe med” pasienten, i stedet for ”å gjøre noe sammen med pasienten” (Odland, 2007).

Pasienten forventer menneskelig og vennlig oppførsel og profesjonelle handlinger fra sykepleierne. God sykepleie blir oppfattet som høflig, ikke forhastet, og forsiktig berøring. Tøff eller uoppmerksom oppførsel fra sykepleieren sin side krenker pasientens verdighet. Pasienten ønsker at helsepersonellet selv skal komme med informasjon, siden pasienten selv ikke alltid vet hva han skal spørre om. Pasientene forventer også støtte i sitt mestringsarbeid; de ønsker å bli spurt om hvordan det går og de vil bli fortalt hva som skjer. De setter også pris på humor og småprat, det kan noen ganger avlede fra det som foregår (Moesmand og Kjøllesdal, 2007).

Sykepleierstudenten hadde en god kommunikasjon med pasienten, da hun klarte å formidle budskapet og ivaretok tillitten, trygghet og mestringen til pasienten. Sykepleierstudenten og pasienten hadde opparbeidet seg en bærende relasjon hvor de lettere kommuniserte med hverandre da de forsto hverandre. Sykepleierstudenten så på pasienten som et subjekt, altså ett selvstendig individ.



## 6 KONKLUSJON

I denne oppgaven har vi prøvd å få frem betydningen av sykepleierens kommunikasjon, slik at pasienten skal oppleve en god pasientomsorg. I vår oppgave har vi funnet litteratur som sier noe om viktigheten for en god kommunikasjon i sykepleier-pasient forholdet. God kommunikasjon gir grunnlag for en bærende relasjon som er nødvendig for å skape tillit og trygghet. Det sammen med en bærende relasjon er også nødvendig for at sykepleieren skal kunne se pasientens behov slik at det blir gitt en god pasientomsorg. Tid til samtale med pasientene blir ofte bortprioritert da de faste rutinene ofte tar opp all tid til sykepleier. Pasientene følte seg sett og ivaretatt på en god måte når sykepleieren hadde tid til å ha en personlig samtale med pasientene. Dette bidro til å forsterke relasjonen i sykepleie-pasient forholdet som er med på å gi en helhetlig sykepleie og omsorg. Vi har kun sett på fem studier, og dette gir oss en indikasjon på at kommunikasjon er av stor betydning for følelsen av helhetlig omsorg hos innlagte pasienter på sykehus.

## 7 LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur er merket med \*.

Totalt antall sider med selvvalgt litteratur: 318 sider.

\*Berg, L & Danielson, E. (2007a). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian journal of caring sciences*. 21 (4); 2007 p: 500-6 doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00497.x

7 sider.

\*Berg, L., Skott, C og Danielson, E. (2007b). Caring relationship in a context: Fieldwork in a medical ward. *International Journal of Nursing Practice*. 13 (2); 2007 p: 100-6 doi:

10.1111/j.1440-172X.2007.00611.x

8 sider.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Dinç, L og Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review, *Nursing Ethics*. 20 (5); 2013 p: 501-16 doi: 10.1177/0969733012468463

16 sider.

Eide, H og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

\*Håkonsen, K. M. (2006). *Mestring og relasjon: psykologi med eksempler fra sykepleie*.

Oslo: Pensumtjeneste

Kap 2 – 24 sider.

ICN. (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. International Council of Nurses.

<http://www.icn.ch/icncode.pdf>

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Løgstrup, K., E. (2008). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.

Kap 1: 16 sider

\*McCabe, C. (2004). Nurse – patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (1); 2004 p: 41-9. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x  
9 sider.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K. (red). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal

\*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofisk essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kap 2: 17 sider

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofisk essays*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 29-49.

\*Moesmand, A. M og Kjøllestad, A. (2004). *Å være akutt og kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kap 1, 6 og 7: 93 sider

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk Sykepleieforbund. (09.08.2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

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

Odland, L-H. (2008). Menneskesyn I: Brinchmann, B.S. (red). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Rudolfsson, G., Post, I, V og Eriksson, K. (2007). The Perioperative Dialogue – Holistic Nursing in Practice. *Holistic Nursing Practice*. 21 (6); 2007 Nov-Dec p:292-8 doi: 10.1097/01.HNP.0000298613.40469.6c  
7 sider.

\*Røkenes, O. H og Hanssen, P-H. (2006). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.  
Kap 1,2 og 8: 95 sider.

\*Svensson, R. (1998). *Samfunn, medisin og sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.  
Kap 7: 26