

Å smi et tillitsforhold - helsepersonells erfaringer om samtalens vilkår i møte med pasienter og pårørende

Wenche Bjarnedotter Sørfonden og Helga Helland Finstad

Wenche Bjarnedotter Sørfonden, R.N., PhD, Førsteamanuensis Enhet for sykepleie og helse, profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordlan¹
Helga Helland Finstad, R.N., Dosent

Abstract

This paper emphasizes and discusses counseling to interpret how the practitioners use judgment and reflection in dialogues with patients and their relatives. The purpose of the study was to gain more insight into the opportunity for the practitioners to encounter patients and their families within the hospital, and how the practitioners judgment are expressed when they counseling the patients and their next of kin. Data was collected using twenty papers from students undergoing the study program at master level "Honours in Health Pedagogy", 30 ECTS, in Northern Norway. Qualitative content analysis where reducing, grouping and abstracting the text is used to achieve main themes. The practitioners' experiences from practicing counseling and dialogue with patients and their relatives represent three following perspectives. It's a challenge to find a room with possibility for confidentiality. The practitioners also experience not having time enough for counseling, based on dialogues. The practitioners say the encounter and counseling is often behind the screen or in the corridor. According to the practitioners you need to forge a relation based on trust. The practitioners value the skills of judgment, but at the same time they experience the burden of judgment.

Key words

Dialogue, trust, relationship, reflection, judgment, counseling, hospital, patients, relatives, health- and social worker.

Vitenskapelig essay, referee*

Introduksjon

Denne undersøkelsen har sitt utspring i et tverrfaglig nett- og samlingsbasert deltids studie på masternivå innen Helsepedagogikk, 30 studiepoeng. Studiet har to hoved emner hver på 15 studiepoeng, som er helsepedagogisk grunnlagstenkning og helsepedagogisk arbeid (Studieplan helsepedagogikk, 2012- 2013). Hvert hoved emne avsluttes med en eksamen. I løpet av studieåret gjennomgår studentene tre samlinger på campus, samt seks nettbaserte

¹ Wenche Bjarnedotter Sørfonden døde 6. oktober 2014

moduler. Gjennom studieforløpet blir studentene kjent med ulike undervisningsmetoder som også kan anvendes i undervisning av pasienter og pårørende. I nettmodulene er det lagt inn forelesninger, og arbeidskrav med skriftlig tilbakemelding på besvarelsene for å tilstrebe best mulig læringseffekt. Studentene er helsepersonell med mange års erfaring fra praksisfeltet.

Spesialisthelsetjenesten (Rundskriv 1-59/2000) i Norge har siden 2000 hatt en lovpålagt oppgave i pasient- og pårørende opplæring. Pasienter og pårørende har ved sykdom behov for ulike typer kunnskaper for å lære og beherske ferdigheter, og mestre et hverdagsliv med sykdom. Studiet i helsepedagogikk tilbys for å kunne bidra til at helsepersonell innehar nødvendig kunnskap, forståelse og helsepedagogisk kompetanse for å kunne utføre den lovpålagte oppgaven på best mulig måte. Et gjennomgående tema i studiet er hvordan vi som mennesker møter hverandre i en ellers travel hverdag. Her vektlegger vi hvordan en relasjon preget av oppmerksomhet og tillit i møte med den andre åpner for en dialog som gir deltagerne en opplevelse av å bli hørt og sett. Pasienttilfredshet har sammenheng med flere faktorer, men særlig kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient er betydningsfullt. En oversiktsartikkel viser at en viktig faktor for å tilstrebe pasienttilfredshet, er å øke tida en bruker til å samtale med pasienten, samt vise en genuin interesse for den andre (Oliveira et al., 2012).

Ravn Pedersen og Vrenne (2012) fremhever at informasjon og veiledning av pasienter og pårørende er en sentral del av sykepleiernes gjøremål i spesialist- og kommunehelsetjenesten. En prioritering av den undervisende og veiledende funksjon kan øke pasientenes og pårørendes evne til å mestre sykdom og sykdommens utfordringer etter utskrivelse. Tiden som pasientene tilbringer i sykehuset blir kortere, og tid er et vesentlig aspekt ved informasjon og gjennomføring av samtaler. Informasjon er ikke gitt før pasient eller pårørende har forstått informasjonen, slik Gabrielsen og Lundetræ, (2014) skriver, at det beste er å knytte muntlig informasjon til skriftlig materialet Informasjon må starte med kartlegging av behovet, for så å planlegge innhold og gjennomføring. Behovet er ofte mer enn bare informasjon om pleie eller behandling. Særlig for de pårørende er behovet for å møte fagpersoner som kan gi svar på aktuelle praktiske spørsmål (Dokk, et al., 2014). Å finne et ledig rom i sykehuset for å gjennomføre ulike samtaler er vanskelig. Informasjonssamtaler, veiledende samtaler eller undervisningssamtaler er samtaler som foregår for det meste inne på pasientrommene ved siden av annen aktivitet (Ravn Pedersen og Vrenne, 2012).

Samtalen - et teoretisk perspektiv

Helsepersonell og deres møte med pasienter og pårørende er et betydelig forskningsfelt, enten dette gjelder undervisningssamtaler, informasjonssamtaler eller veiledningssamtaler eller samtaler om pasientenes livssituasjon (Fagerland, 2005; Finstad, 2008; Ohnstad, 2005; Martinsen, 2005; Jakobsen, 2012). Den kloke og reflekterte praktiseren vil i samtalen være rettet ut mot pasientens ståsted slik at han får tenke med og tenke over sin nye livssituasjon og få tid til å omstille seg til en ny livssituasjon. I helsepedagogikkstudiet er en opptatt av å løfte fram erfaringer fra kliniske og kontekstuelle situasjoner. Det er ikke tilstrekkelig med uartikulerte erfaringer fra praksisfeltet. Studentenes erfaringer settes inn i en faglig og sosialmorsk kontekst gjennom å samtale og reflektere over sine erfaringer (Dahl og Alvsvåg, 2013; Olsen og Finstad, 2003; Nortvedt og Grimen, 2004).

Hans Skjervheim (1960) beskriver to måter å samtale på. Man kan enten overtale eller man kan overbevise. Overtaling inkluderer et subjekt/objekt forhold med rom for å påvirke den

andre til tilpassing og lydighet heller enn til egen innsikt. I en slik samtale søker den ene part å overtale den andre til å akseptere meninger og beslutninger uavhengig av hva den andre mener og forstår. Den andre blir møtt som et objekt eller som en ting når de forholder seg til hverandre. Skjervheim (1960) sier at den som er mest raffinert objektiviserer den andre, er herre i situasjonen. Den som tar herredømme har makt til å kontrollere den andres mening, og dermed også bestemme hva den andre skal si. En samtale som legger opp til å overtale åpner for et subjekt - objekt relasjon mellom partene. Begge parter kan forholde seg som om den andre er et objekt for påvirkning, og legge opp til en samtale preget av strategi og kontroll. Samtalen blir et verktøy for å produsere et resultat mot et bestemt mål. Strategien og kontrollen blir middel til å nå målet. Overbevisning, slik Skjervheim (1960) bruker begrepet, betyr at ingen blir satt under den andres herredømme og dermed tingliggjort. Den enkeltes meninger blir tatt opp til ettertanke og drøfting, og relasjonen er preget av tillit, likeverd og symmetri mellom partene i samtalen. Overbevisning åpner for en etikk hvor mennesker møter hverandre med en moralsk forståelse om at mennesker er likeverdige i kraft av det å være menneske. Denne grunnholdningen må læres, skriver Skjervheim (1960). Det må læres å være innstilt på og innforstått med ikke å sette andre mennesker under sitt herredømme. Skjervheim (1960) sier videre at dette etiske fenomenet er et område av menneskelige holdninger og handlinger som betyr at partene møtes med respekt for hverandres integritet og autonomi. En samtale som ivaretar menneskets integritet omtaler Løgstrup (1983) som en samtale hvor etikken vokser fram i samtalen og i situasjonen. Det å samtale er i seg selv etisk. Begge møtes i fortrolighet og tillit om at den andre vil ens eget beste.

Grunnholdningen i samtaler er, slik Skjervheim (1960) og Løgstrup (1983) har beskrevet det, at det å ivareta den andres integritet er å være oppmerksom på hverandres urørlighetssone og vil derfor gjenspeiles i samtalen. Ivaretagelse av hverandres subjektivitet og integritet og den saken en skal samtale om uten å krenke hverandre, er en vurdering som hver enkelt av deltagerne må gjøre i situasjonen.

Martinsen (2005) skriver om betydningen av å samtale om erfaringer for å utvikle klokskap og kyndighet i praksis. Grunntanken her er å tyde samtalen som relasjonell hvor partene er engasjerte og åpne. Partene spiller seg selv inn i situasjonen ved spontant å være rettet mot den andre, for å se den andre. Spontanitet og tillit kan ikke læres, men man kan lære å stille seg åpen for den andres uttrykk og mening. Åpenhet og spontanitet skal gi rom for usikkerhet og undring i forhold til saken, og gi samtalen en undersøkende karakter. Det vil si å nøre opp under nysgjerrigheten til stadig å få en dypere og klarere forståelse om saken en samtaler om, og ikke trekke for hurtige konklusjoner. I relasjonen er vi rettet ut mot hverandre gjennom våre kroppers sanselighet og ordene vi bruker. Inntrykket av den andres forståelse og mening er en umiddelbar tyding og tolkning av situasjonen og den andre sine utlegninger om sine erfaringer.

I en samtale uttrykkes deltagernes skjønn om det saksforhold som diskuteres, dette omtales av Aristoteles (1999) som dømmekraft. Å utvikle visdom og dømmekraft i møte med hverandre krever mer enn åpenhet og spontanitet. Det krever mot og klokskap. Å handle klokt er å overveie situasjonen, handle stemt med situasjonen, eller det Aristoteles omtaler som å treffe midten slik at du og personen opplever at dette ble en klok beslutning. Å handle klokt, bidrar til å utvikle visdom. Denne visdom er klokskap og et faglig skjønn. Å utvikle et faglig skjønn er et ansvar og en forpliktelse sykepleier har. Lasater (2011) beskriver klinisk skjønn på følgende måte:

According to clinical judgment research, nurse's judgments do not follow a linear pattern nor are they strictly based on cognitive understanding. Rather, they are fluid, using a variety of ways of knowing, including theoretical knowledge, as well as that gained from experience (s. 87).

Dalland (1999) sier at en god pedagog reflekterer over egen pedagogisk praksis og vilkårene, for den samme praksis. Helsepersonell står i komplekse situasjoner som krever kritisk refleksjon i handling. Refleksjon i kontekstuelle handlinger kan være et bidrag til å endre praksis til det bedre. Det fordrer refleksjon både i handling og over handling (Alvsvåg og Førland, 2007; Moloney og Hahessy, 2006; Olsen og Finstad, 2003).

Formål

Formålet med denne undersøkelsen er å stille noen spørsmål om hva studentene erfarer av muligheter og begrensninger til å samtale med pasienter og pårørende. Det vil si studentenes refleksjon over egen erfaring med pasient og pårørende samtaler, samt skjønnets betydning i møte med dem, slik vi ser studentene beskriver det i arbeidskravene.

Metode

Datagrunnlaget

Grunnlaget for datasamlingen er hentet fra 20 oppgaver innlevert på nettet av studentene ved helsepedagogikkstudiet. Arbeidskravet var en hjemmeoppgave hvor studentene skulle ta utgangspunkt i en veiledningssituasjon hvor pasient eller pårørende ble veiledet. Studentene skulle beskrive og drøfte hvordan deres faglige skjønn har bidratt til refleksjon i veiledningssituasjonen. Oppgavens omfang var 6 -10 sider. Datamaterialet er tekster på til sammen 160 sider. Tekstene ble både vurdert og analysert av forfatterne av denne artikkelen. I vurderingen av oppgavene ble vi imponert over studentenes faglige refleksjon og hvordan deres faglige skjønn kom til uttrykk i tekstene. Vi tenkte at deres besvarelser fortjente å bli sett på med andre øyne enn et evalueringsblikk i en studiesammenheng, tekstene er studentenes erfaringer og fortellinger fra deres praksis og burde løftes fram og granskes med et forskerblikk (Fagerland, 2005) Ved å utføre en innholdsanalyse av innleverte tekster kan resultatet av analysen formidle og inspirere andre helsearbeidere. Med studentenes samtykke til å anvende deres oppgaver ble nye spørsmål stilt til de innleverte oppgavene. Spørsmålene var:

Hva er samtalens vilkår i møte med pasientene og pårørende?

Hvordan kommer det faglige skjønn til uttrykk i samtalen?

Kvalitativ innholdsanalyse er i følge Graneheim og Lundman (2004) blitt anvendt innenfor undervisningsforskning, samt andre kvalitative data som krever en nærhet mellom forskeren og teksten for å få fram mening og forståelse av ulike fenomener. De hevder følgende:

We suggest that the most suitable unit of analyses is whole interviews or observational protocols that are large enough to be considered a whole and small enough to be possible to keep in mind as a context for meaning unit, during the analyses process (s.106).

Etisk overveielse

Arbeidskravene som det refereres til i artikkelen har vi fått studentenes samtykke til å bruke som datagrunnlag for innholdsanalyse og formidling. Studentene ble muntlig orientert. Informert samtykke er gitt med forbehold om at ingen skal kunne gjenkjenne verken personene eller arbeidsplassen som er med i deres besvarelser. Videre ble studentene informert om formålet med studien, og hvordan den skulle anvendes. Alle kildene i denne studien er anonymisert i tråd med etiske retningslinjer for personvern i en forskningssammenheng (Helsinkideklarasjonen, 2013).
Innholdsanalyse.

Innholdsanalyse

Med bakgrunn i de to forsknings spørsmålene arbeidet vi hver for oss med en langsom nylesning i flere omganger med de samme tekstene vi tidligere hadde evaluert. I den første nye lesningen blir spørsmålet til teksten; hva er samtalens vilkår i deres møte med pasienter og pårørende? Her søkte vi å få fram et helhetsinntrykk av samtalen, og av samtalens innhold og mening.

I den andre lesningen rettet vi oppmerksomheten mot den studenten og pasienten eller pårørende samtalte om i situasjonen? Her tenkte vi med Kari Martinsen (1993) som skriver om å danne seg et inntrykk av den andres uttrykk, og det å tolke inntrykket stemt med det som uttrykkes. Dette fordret at vi lot samtalen framstå på egne vilkår. Utfordringen for oss var å ta imot og tyde samtalen så ureduert som mulig. I denne andre gjennomgangen av materialet kodet vi deler av teksten som viste oss kategorier for deltagernes meninger i samtalen. Meningsområdene i teksten står fram som nøkkelord og setninger. Denne reduksjonen av teksten ble transkribert for å få et overblikk av de fenomenene vi mente representerte meninger som stod fram som sentrale tema, hovedtema og sub tema for samtalens vilkår (Åstedt-Kürki et al.; 2001; Graneheim og Lundman, 2004).

Under den tredje gjennomlesningen av teksten konsentrerte vi oss om studentens skjønn i samtaler. Inntrykket fra første og andre gjennomlesning gav rom for gjenkjenning. For selv om fokus i første og andre tekstlesing ikke var rettet mot skjønnet i samtalen, dannet dette en bakgrunn for vår oppmerksomhet. Skjønnet i samtalen var slik sett med i vårt første inntrykk av de to første gjennomlesningene. Men i den tredje omgang lesing av samme tekst fikk vi et klarere inntrykk av studenten og hvordan studenten i samtaler med pasienter og/eller pårørende anvendte sitt faglige skjønn. Teksten viste oss konkrete samtaler i en handlingskontekst med levende og engasjerte studenter. Ingen ting stod alene. Personene, ordene og handlingene gav oss mening fra begynnelsen til slutt (Lindseth og Norberg, 2004). Analysearbeidet ble en refleksiv prosess med teksten og med hverandre. Vi satte våre meninger og oppfatninger på prøve ved hele tiden å stille spørsmål til hva studentenes erfaringer og meninger var for dem. Et arbeid som medførte at vi i analyseprosessen diskuterte; Hvordan påvirket vi teksten med vår tolkning og hvordan kom våre egne erfaringer til uttrykk i analysen når vi skulle fremstille studentenes erfaringer? Denne kritiske overveielser bidro til at vi opplevde å fremstille studentenes arbeid troverdig.

Studiets troverdighet

Troverdighet i kvalitative studier er det overordnet begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Hovedspørsmål til teksten var felles for begge forskerne. Etter å ha lest hver for oss, slik det er beskrevet ovenfor, startet vi med å sammenligne våre notater og tolkning av materiale og våre transkriberte tekster. Notatene og utvekslingen av meninger viste en stor grad av likhet. Her tenkte vi med Steinar Kvale (1989) når han drøfter hvordan kvalitativ forskning fastholder gyldighet ved hele tiden å være i en refleksiv samtale mellom forståelse og den konkrete virkelighet i tekstens beskrivelser og meninger. Validering er et vesentlig forskningsmessig håndverk basert på forskerens ærlighet og redelighet gjennom hele forskningsprosessen. I tråd med Kvale (1989) arbeidet vi med tekstene i en refleksiv prosess med ny lesning og transkribering der vi gikk på tvers av teksten når vi sammenlignet våre tolkninger. Vi var i en dialog og en diskusjon når vi stilte spørsmål til hva samtalens vilkår og erfaringer med disse samtaler viste. Vi satte våre meninger og oppfatninger på prøve hver gang vi stilte spørsmål til studentens skjønn i samtaler. Ved å arbeide med tekstene på denne måten sikret vi gyldighet gjennom forskervalidering. Et arbeid som medførte at vi gjennom hele prosessen med innholdsanalysen diskuterte; Hvordan viser teksten oss studentens og erfaringer med pasientsamtaler og hvordan kommer skjønnet til uttrykk? Datagrunnlaget er innleverte skriftlige arbeidskrav, hvor alle studentene hadde de samme rammene for besvarelsen. Det innebærer at arbeidskravets ordlyd var felles, samt oppgavetekniske krav. Andre forskere kan anvende de samme spørsmålene vi stilte til tekstene (arbeidskravene). Ut fra vår beskrivelse og fremstilling av datagrunnlaget og analyseprosessen kan andre forskere følge forskningsprosessen. Med det styrker vi studiets pålitelighet. Resultatene er overførbare da resultatene er relevant og anvendbart for helsepersonell som arbeider i spesialist- og kommunehelsetjenesten og som daglig utfordres på vilkårene i praksis for den gode samtalen med pasienter og pårørende (Drageset og Ellingsen, 2010).

Resultat

Et hovedinntrykk som kommer frem i innholdsanalysen er at studentene beskriver hvor forstemmende det er at de mangler et sted å være hvor det er avsatt for å kunne samtale med pasienter eller pårørende. På sykehuset finnes det knapt et ledig rom, et sted der de kan få ivaretatt pasientsamtaler uten å bli avbrutt eller overhørt av andre. Dette manglende frirommet blir relatert til en diskusjon om hvordan smi et tillitsforhold. Deres etiske bevissthet kommer til uttrykk når de reflekterer over hva tillit innebærer i relasjoner. Erfaringene er fortellinger som skrives fram for og tydeliggjøre deres faglige skjønn, samtidig som de kritisk overveier hvorfor de ofte står i en vippesituasjon der de opplever at skjønnet kan være en byrde fordi realitetene i dagens sykehus er preget av travelhet og økonomistyring. Tid avsatt til individuelle veiledningsavtaler blir ofte nedprioritert. I fremstillingen av resultat anvender vi betegnelsen samtale på de ulike møtene mellom pasienter og pårørende. Sitater fra tekster er hentet fra ulike oppgaver. Tekstene representerer en helhet hvor delene må forstås ved hverandre og står sammen med helheten og som gir et bilde på vår analyse og vårt hovedinntrykk av studentenes samtaler med pasientene og deres pårørende.

Tid og sted for samtaler

I besvarelsene ser vi at når samtaler foregår på sykerommet er det ofte andre til stede som kan overhøre samtaler. Like ofte finner samtaler sted på korridoren, enten bak et skjermbrett eller utenfor pasientrommet. Dagene på jobben er travle med liten tid til å samtale med pasienter. I et av arbeidskravene beskriver en student at:

Samtalen trues av helsevesenets hastighet og effektivitets kultur. Det er en veldig stor utfordring for meg å disponere tiden jeg har til rådighet riktig. Jeg har ansvar for flere pasienter og har det travelt. Å våge å møte pasientens historie og hva som er pasientens livssituasjon. Jeg er noe kritisk med formen om å ta tak i pasientens historie for det kan åpne opp for mer enn hva jeg har anledning til å følge opp.

Sitatet viser at pasienters behov for samtale og tid til å samtale, ikke alltid blir ivaretatt. Blant annet fordi at det å åpne opp for samtaler krever oppmerksomhet, tid og tilstedeværelse. Mangel på tid er det som erfarer å være en del av deres hverdag og dermed blir det viktig å være bevisst hvordan du prioriterer og anvender tida du har til disposisjon. Å kunne samtale er vesentlig i sykepleierens faglige redskap. Alt fra informasjonssamtaler, undervisningssamtaler og også den vanskelige samtalen. Samtaler med pasienter og pårørende bør gjennomføres på et egnet og tilbaketrukket sted uten forstyrrelser. Studentene er opptatt av at det er få steder, om enn liten tilgang på ledige rom der de kan samtale med pasienter og pårørende i fred og ro. Et godt sted for samtalen er lite tilgjengelig for sykepleiere i forhold til behov.

Jeg var på tilbudssiden til de pårørende og sa at de gjerne måtte komme ut av rommet dersom de ville snakke med meg et sted der pasienten ikke var tilstede. Utpå kvelden kom de ut av rommet og stod like utenfor rommet til pasienten; Tørster mor? Mange bekymringer og spørsmål for sin døende mor kom på kort tid. Jeg synes det var både uetisk og lite hensiktsmessig å stå slik og snakke om dette ute på korridoren. Jeg tok dem med inn på et rom vi har med sofa og bord, en litt annen stemning enn hva det er på resten av avdelingen.

Etter denne samtalen med de pårørende stiller studenten spørsmål om; «*Bidro denne samtalen til et vendepunkt for de pårørende?*»

Studentene skriver i arbeidskravene at sted og rom for samtalen er essensielt. I tillegg hevdes det at rommet bør være ryddig og pent og vise at de pårørende er ventet. I samtalen kommer det fram av teksten at de er opptatt av hvordan språket brukes. En bør prøve å stille åpne spørsmål til saken og unngå strategiske spørsmål. Her finner vi at flere mener at en bør unngå spesialist og fagspråk, men i størst mulig grad anvende et hverdagspråk for at en skal komme fram til en felles forståelse av det en samtaler om;

En stor sammensmelting av forståelse er en stor utfordring å få til, men en kan, og skal etterstrebe dette så langt det lar seg gjøre. Det at de neste dag bestemte seg for å godta avslutningen på... behandlingen til pasienten er et bevis på at ...vi oppnådde en ny felles forståelse som resulterte i et vendepunkt. Jeg stilte åpne spørsmål og informerte de pårørende uten å si hva jeg mente de skulle gjøre.

Studentene skriver at samtaler som gjennomføres som oftest er lite planlagt, men de er spontane her og nå. samtaler De opplever at det blir en toleddet samtale (informasjon) og ikke en treleddet samtale. Pasientene gir uttrykk for at de ønsker samtaler, men sykepleier har ansvar

for mange pasienter på en vakt og dermed vanskelig å være "helt tilstede" i samtalen. Plassbegrensning gjør at samtaler gjennomføres bak et skjerm Brett i en korridor noe som underbygger at samtalen er kjennetegnet av å være en monolog mer enn en dialog.

Et tillitsforhold skal smis

Å møte pasienten og å få tillit til hverandre blir vesentlig, sier studentene. De er opptatt av at pasientens autonomi skal ivaretas - også i akutte og kritiske situasjoner. Det første møtet med pasienten er av stor betydning. Studentene mener at en må holde seg selv tilbake og på samme tid være engasjert. Å slippe pasienten til og sette seg selv i parentes er en måte å smi tillitsforholdet på.

Jeg som ikke har en masse diplomer tapetsert på veggene, må på sett og vis skape en atmosfære som er imøtekommende og som gir inntrykk av trygghet. Et tillitsforhold skal smis.

I vår tolkning av teksten ser vi at studentene på ulike vis ser betydningen av tillit i relasjonen. Det innebærer å være engasjert og oppmerksomt tilstede i situasjoner når de samtaler med pasientene og pårørende. Flere fremhever dette som grunnlag for å sanse pasientens uttrykk;

En kan nesten kjenne på ujevnheten i relasjonen når jeg er i en situasjon hvor jeg er i mitt vante arbeid på jobb og skal møte mennesker i krise, mennesker som er sårbare. Å utjevne det slik at menneskene jeg veiledet føler at vi er likeverdige er en stor utfordring. Å kjenne på ujevnheten i relasjonen mellom meg og de pårørende. Menneskene jeg møter er ekspert på sin situasjon. De har førstehåndskjennskap til sitt liv. Det blir mitt ansvar at de får komme til orde. Jeg forsøker å ta pårørende perspektivet og samtidig holde fast ved mitt eget. Det utvikles ved at vi forsøker å forstå den andres uttrykk og blir invitert inn i deres intensjoner, opplevelser, følelser og livstolkninger.

Å ta imot med åpenhet og oppmerksomhet uten innvendinger og avbrytelser, og la pasienten få tid og rom til å fortelle fram sin mening med sine følelser og oppfatninger er en krevende øvelse, sier studentene.

Kroppens tilstedeværelse i samtalen, ordenes betydning i samtalen er lutter legemlig bundet til klang, lyden fyller tiden ut og blir til toner som stemmer i sinnet. Det er en førspråklig mening i sansingen, stemtheten og tonen. Språkets betydning, språkets musikk kan ikke overhøres selv om en konsentrerer seg om hva som er sagt vil det som faktisk sies på en eller annen måte bæres fram av måten det sies på. Det er umulig kun å være saklig!

I enhver situasjon må jeg lese pasienten og tilpasse informasjonen ut fra pasientens forutsetninger. Å venne seg til bruk av pustemaske og maskin, mange pasienter vet ikke hvor slitne de er fordi de kjenner først hvor mye bedre de blir etter en tids behandling. Jeg bruker min erfaring til å lese pasientens ståsted. Pasienter er ingen homogen gruppe, de har ulike behov for råd og støtte. Man handler fordi man følger magefølelsen og intuitivt fanger hvilken tilnærming som er best egnet.

Studentene fremhever samtalen som situasjons- og kontekstavhengig. Den veksler i tråd med situasjonen, personen og saksforhold. Erfaringen viser at det er krevende å lære seg og slippe pasienten til orde. Fortsatt, etter flere års erfaring er de undrende til om de behersker å være tilstrekkelig tilbaketrukket for å åpne opp for pasienter og pårørendes tanker, forestillinger og meninger.

Studentene verdsetter og mener at refleksjon i situasjoner er nødvendig for å kunne handle til pasientens beste. Refleksjon og tidligere erfaring gjør at praktikerer veksler på metodene i situasjonen. Å lese pensum om veiledning bidrar til ny refleksjon av en tidligere veiledningssituasjon.

Refleksjon krever at en setter ord på sin praksis og få det til å framstå klart og presis i en fortelling, så er det ikke kun en indre dialog, men det blir en ytre dialog som kan reflekteres over og forstås av andre. Det utfordrer ens egen for - forståelse, for hva var det egentlig som skjedde mellom det virkelige i historien og mellom pasienten og veilederen?

Være oppmerksom på faren for stor oppmerksomhet rettet mot diagnosen versus person. En holdning til å se saken fra hennes ståsted. Våge å møte hennes historie og hva som er hennes livssituasjon. Jeg er noe kritisk til om formen med å ta tak i hennes historie kan være med å åpne opp for mer enn hva jeg har anledning til å følge opp. Rammene for samtalen er begrenset. Å følge opp en samtale over tid, og få tid til å avslutte en samtale. Det er derfor avgjørende å kartlegge behovet før samtalen planlegges.

Skjønn og skjønns byrder

Vi ser av teksten hvordan studentene anvender sitt faglige skjønn i handling. Skjønn uttrykkes konkret i situasjoner der pasientene sliter med smerter og angst slik en av dem skriver i følgende eksempel;

Pasienten ligger i en sykehusseng med store pustevansker, han er svært tungpusten. Da var det ekstremt viktig å høre på pasienten og gjøre det han ba meg om. Strategien og teknikken som ble brukt for å få nok luft var i hovedsak pasientens egne, som han av erfaring visste fungerte best for ham. Mine spørsmål var konkrete. Det er ikke tid for småsnakk. Jeg må være kroppslig rolig, og ha en dempet og behersket stemme. I akutte situasjoner der mine impulsive handlinger preger avgjørelsen, er mitt faglige skjønn og refleksjoner i situasjonen avgjørende.

I slike situasjoner ser vi hvordan studentene anvender sitt skjønn når de tar utgangspunkt i pasientene sin livssituasjon og prøver å støtte og hjelpe dem for å lindre smerten, og for å kunne leve med sine vansker i hverdagen, slik neste eksemplet viser.

Pasienten har behov for slimmobilisering, og bevisstgjøring av pust og pustetrening for å styrke lungekapasiteten.. Sliten ved av og påkledning, stresse ned, ta pauser, starte tidlig og ikke å la seg stresse. Ta en ting om gangen og planlegge aktiviteter. Viktig å prioritere hverdagen, familie og venner. Å bruke faglig skjønn slik er å la stum kunnskap, magesfølelsen, intuisjon med utspring i erfaringer i kombinasjon med vurderinger av hva som er riktig og til brukerens beste! Bestemme utfallet av situasjonen. En fortrolighetskunnskap som manifesterer som en uspesifisert fornemmelse (kroppslig).

Et enkelt språk uten fagtermer og metaforer fungerer best i samtaler med den enkelte pasient med nedsatt funksjonsevne. Hjelpen rettes mot pasientens interesser og behov. Tiltakene tar utgangspunkt i det som pasienten bryr seg om og ikke det som hjelperer mener er viktig. Pasienten må forstå det som blir sagt og jeg må forstå pasienten for at vi kan arbeide sammen.

Studentene mener at faglig skjønn handler om å lære gjennom erfaringer, da lærdom ikke kommer fra litteratur alene, men fra refleksjon over ulike pasientsituasjoner. Skjønn er

dømmekraft relatert til situasjoner hvor en reflekterer alene eller sammen med andre over kunnskap i handling. Det innebærer at en anvender teoretisk forståelse, etisk overveielse og erfarings basert kunnskap som neste eksempel viser til;

La inntrykket synke og å tåle stillhet. Dvele ved det sagte og det usagte, forskyve en del ansvar over på pasienten. Skjønnet uttrykkes i samtalen som den kunnskapen jeg har og den som oppstår og viser seg i den konkrete og kontekstuelle situasjonen.

Å bli en god praktiker betinger at praktikerens, her sykepleieren utvikler et faglig skjønnet. Skjønnet gjør at sykepleier handler til pasientens beste, er bevisst situasjonen og fremmer et kvalitativt godt pasientforløp. Skjønnet kan også erfares og oppleves til å være en byrde i enkelte situasjoner. Likebehandling er i det norske helsevesen en grunnleggende verdi. Men utøvelse av faglig skjønnet vil også kunne føre til at pasienter behandles ulikt, noe som kan oppleves som en byrde. Det kan også oppleves som en byrde når sykepleieren vet hva som er pasientens beste, men pasienten er ikke åpen og rede til å motta informasjon og kunnskap som kan bidra til endring. Følgende sitat viser også hvor sårbar pasienten er i en utredningsfase og når resultatet skal formidles til pasienten. Pasienten er plassert i korridoren og studenten beskriver det således:

Pasienten fikk beskjed på legevisitten mens han fortsatt lå på korridor. Jeg følte det var uetisk og lite empatisk å gi en sånn alvorlig beskjed der. Pasienten klarte ikke å se oss i øynene, var stresset og følte seg utilpass. Spørsmålene pasienten fikk ble besvart med: nei, jeg husker ikke.

Diskusjon –

Frirom for samtaler

Studentene beskriver ulike steder i sykehuset der samtaler med pasientene foregår, det kan enten være på korridoren, bak et skjerm Brett eller også på rommet der andre pasienter overhører samtalen. Hvis vi i likhet med filosofen Kari Martinsen (2005) ser på sykehuset som bosted, hevder hun at huset i seg selv uttrykker en arkitektur som rår over både makt og kunnskap. Hun ser noe normativt i sykehuset, enten det er somatisk eller psykiatrisk sykehus, som er innskrevet i veggene på de ulike rommene. Rommene, og korridorene skaper strukturer for relasjoner og erfaringer av de som bebor sykehuset. De ansatte som bebor sykehusets rom og korridorer har en type fortrolighet til de rommene de bebor. De er vant til tingene, instrumentene, lukten i korridorene, behandlingen. Det er en grunnstemning av lukt og lyder, rot og travelhet. Her tenker vi med Skjervheim (1960) at maktstrukturer, som her i et sykehus, er med å påvirke relasjoner mellom mennesker. Pasienten er inne til behandling og pleie, pårørende er på besøk, mens helsepersonell bebor huset og korridoren, de er herre i sitt eget hus. Dette i seg selv skaper ujevne og til dels sterke maktstrukturer, noe Skjervheim omtaler som herre versus knekt forhold.

De ansattes erfaring med å være i huset er preget av rytmen, språket og holdninger. Spørsmålet blir hvordan de ansatte kan bidra til å skåne pasienter og pårørende som midlertidig bebor sykehuset for å få behandling, hjelp og pleie. I travelheten på jobben er det lett å gå seg blind i sitt eget hus, slik Meløe (1997) uttrykker det. Vi ser ikke det som er å se, omgivelsene er blitt en vane, og blikket er rettet inn mot seg selv og arbeidsplassen, hvor en anvender spesialistspråk. Å gå inn i samtaler med pasienter eller pårørende på en korridor hvor uro, travelhet i effektivitetens navn kan oppleves som et maktovergrep både for pasient

og sykepleier. Studentene i vår undersøkelse er opptatt av egen arbeidsplass og mulighetene de har for å finne et frirom til samtaler. I sykehusavdelingene er der alltid et behandlingsrom. Rommet brukes mest av leger, noe som betyr at annet helsepersonell i avdelingen ikke "eier rommet". Med ansvar for mange samtaler i løpet av en vakt bør det være et eget rom til samtaler som ikke er innredet som behandlingsrom, og som disponeres av annet helsepersonell enn leger. Det kan gi helsepersonell en opplevelse av å "eie rommet" og derigjennom ha mulighet til bedre å kunne planlegge ulike samtaler. Det vil også være enklere med å gjennomføre samtaler som umiddelbart er nødvendig.

Vi tenker her med Martinsen (2003) som sier det slik; «Marginale profesjoner kan også representere en motmakt til den dominerende maktviten, dersom de klarer å opparbeide seg et frirom for deres praksiser.» I studentbesvarelsene ser vi de langt på vei er oppmerksom på dette mulige frirommet for samtaler når de velger å ta pårørende ut av korridoren, eller ut av pasientrommet til et dertil egnet rom. Det å bli møtt, sett og hørt handler om at de som er definert som pasienter eller pårørende, og som har et midlertidig opphold på din arbeidsplass kommer til orde med sine erfaringer. Å vise pasienter og pårørende med kroppsspråket at en har tid til å samtale er både etisk korrekt og nødvendig. Skal pasienter og pårørende få uttrykt sine bekymringer og behov er det helsepersonells ansvar å skape en kontekst som åpner opp for samtale. Egenskaper som det å være helt tilstede i situasjonen, tåle stillhet og la pasienten tre frem, være tilstrekkelig oppmerksom, kunne tolke pasientens uttrykk er egenskaper som kommer til uttrykk i relasjonen mellom hjelper og pasienter og pårørende (Chochinov, 2013).

Følger vi Skjervheim (1960) sine tanker om herredømme og asymmetri i relasjonen står våre studenter ofte i en vippesituasjon der de opplever at relasjonene mellom seg og pasienten preges av asymmetri. Det å stå i slike vippesituasjoner er en type ambivalens hvor deres skjønn og dømmekraft kan bli en byrde fordi ulike handlingsalternativer konkurrerer med hverandre. Det er i ettetid når en tenker gjennom handlingsprosessen at vi sagt med Molander ser med ettetankens klare lys får frem en type speil - effekt. En refleksjon som viser hvordan en er engasjert i selve handlingsprosessen. Erfaringen i handlingen blir en læreprosess fordi du er medtenker i og over selve handlingen og her ligger muligheten for å bli en klokere praktiker. Sagt med Skjervheim (1960) som skriver at refleksjon er en viktig forutsetning når tanken vekkes og bevisstheten starter. Samtidig stiller han spørsmål til hva er det som vekker en refleksjon, er det noe utenfor deg selv eller er det noe du har skapt.

Tillit må smis

Tillit er et interaktivt og etisk fenomen som arbeides fram gjennom relasjoner og i direkte personrettede situasjoner (Martinsen, 2005). Å smi et tillitsforhold er å være høflig og rolig i møte med den andre. Vise verdighet og anerkjennning i relasjonen ved å opptre etisk korrekt. Tillit kan vises i samtalen ved at helsearbeideren "leser situasjonen" slik at samtalen ikke blir kun på helsearbeiderens premisser, men på pasientene eller pårørende premisser. Helsearbeideren har en plan for samtalen, men møte og relasjonen gir innhold i samtalen, tempo og retning. For å forstå det pasienten mener må hun sette seg selv i og på spill ved å holde tilbake egne utsagn om det hun mener å vite, og la pasienten få komme til frem med sine meninger og bekymringer. Den etiske fordringen i situasjonen er at tillit blir mottatt på samme måte i full fortrolighet og åpenhet om at en vil hverandre vel. Vilåret for tillit er at en anerkjenner den andres livsverden og dennes livsytringer. Grunnleggende trekk i relasjonen er at vi anerkjenner andre som moralske personer og at du selv er moralsk forpliktet overfor den andre. Gjensidig anerkjennning av hverandre som personer er grunnleggende i en relasjon som er bygd på tillit (Løgstrup 2010).

Å ta imot den andre er å vise vilje til å ta hans meninger og holdninger opp til ettertanke og diskusjon. Det er en ikke dømmende og moraliserende holdning, der en ikke misbruker den tilliten som er deg gitt. Eller som våre studenter uttrykker det. Tillit må smis fram i relasjonen. Å ha en arbeidsplass hvor samtalen trues av helsevesenets hastighet og effektivitetens kultur fordrer at helsearbeideren engasjerer seg, reflekterer over egne holdninger til pasienter og pårørende. Å være bevisst egen sårbarhet, egen frykt, er nødvendig for å skape en kontekst og en kultur for omsorg (Chochinov, 2013).

Skjønn og skjønns byrder

I utøvelse av et yrke, som her gjennom ulike pasient og pårørende samtaler på sykehuset er profesjonene avhengig av sitt faglige skjønn. Skjønnen i samtalen kommer taust til uttrykk i handlingen som mot, klokskap, ferdighet eller en løsning på en situasjon. Det faglige skjønnen uttrykkes som din dømmekraft og forståelse som ligger til grunn for samtalen, slik vi også finner det hos Skjervheim(1960). Det er avhengig av den spesielle situasjonen, de personene og den sammenhengen som samtalen utføres i slik vi ser det i tekstene til studentene.

Skjønnen er en overveielse og dømmekraft i situasjonen og som Molander (1993) omtaler som din kunnskap i handling. Skjønnen inkluderer moral, ferdigheter og teori som er en del av dine erfaringer fra lignende situasjoner. Skjønnen og erfaringene er ledetråder i den kontekstuelle situasjonen. Skjønnen er en samlet vurdering av som uttrykker din forståelse av samtalen, konteksten og samspillet med den en samtaler med. Her støtter vi oss til Kari Martinsen (1993) som viser til at det er samspillet og relasjonen i samtalen som avgjør om en handler klokt og til det beste for personen og saken en samarbeider om. Profesjonens kritiske overveielse av saken er basert på dennes sansning, oppmerksomhet, avstanden og nærhet til situasjonen.

Noen ganger opplever helsepersonell det faglige skjønn som en utfordring og byrde i situasjonen. Å stole på eget faglig skjønn kan være vanskelig, og blir en avvist kan det oppleves som en belastning. Refleksjon i handling og skjønn kan i noen tilfeller medføre at en avviker fra likebehandlingsprinsippet. Avvik fra dette prinsippet kan helsepersonell oppleve som en byrde, slik våre studenter diskuterer det i sine besvarelser. De forstår stemt med den brukssituasjonen de står i, de behersker kunnskapene og ser hva som må gjøres. Likevel opplever de å være i en vippeposisjon hvor enten fagpersonell, pasientens og eller de pårørende avviser dine avgjørelser. Utfordringen, sier studentene er å stole på eget faglig skjønn, og samtidig åpne for at de andre sine vurderinger får komme til uttrykk i samtalen og i veiledning. Refleksjon i handling henspiller på det en gjør samtidig som en utfører handlingen. Refleksjon over handling er refleksjon etter at handlingen er utført eller en akutt situasjon er stabilisert. Skjønn åpner for innsikt og bidrar til faglig utvikling. McBrien (2007) sier:

Reflection can be described as a means of critically analyzing practice so as to promote learning, professional integrity and ultimately improve care. Moreover, the process of reflection can take place in - action or on - action, whereby the individuals looks back in retrospect and analyses the effectiveness of their nursing interventions (s.129).

Når studentene beskriver fra egen arbeidsplass i arbeidskravene vippeposisjoner der de vet mye om saksforholdet og hva som er til det beste for pasienten viser de en styrke ved at de ikke griper inn for tidlig for å overtale pasientene, men heller anvender tida til å gå inn i en

dialog for å overbevise dem hva som er best i denne situasjonen. Det innebærer å holde tilbake råd og la pasienten eller pårørende søke løsninger. Det krever å holde seg selv tilbake og på samme tid være engasjert.

Veien videre

Resultatet av denne undersøkelsen viser at det er behov for at samtalens vilkår innen helsesektoren blir belyst og styrket gjennom undervisning og forskning ved profesjonsutdanninger og tilhørende praksisfelt. Åstedt – Kurki et al. studie fra 2001 viste at: “The staff’s haste and shift-work, family members’ shyness of approaching the staff and the absence of a peaceful place for discussion serve to complicate interaction” (s. 142). Profesjonene innen helsesektoren bør ha tilgang til steder som er egnet for å samtale med pasienter og pårørende. Skal helsepersonell kunne sikre pasienttilfredshet og kvalitet i tjenesten må det skje en endring. For å bedre vilkårene for pasienter og pårørende, og forbedre praksis må helsepersonellet ta rollen som endringsagenter. Helsepersonell med spesialkompetanse, som i tillegg er en god pedagog og samtalepartner vil reflekterer over egen praksis, og vilkårene for den samme praksis (Dalland, 1999).

Takk

Takk til studentene for deres engasjement. Takk for tillatelse til å anvende arbeidskravene som datamaterialet og kilde til vår artikkel. Møte med erfarne praktikere som studenter gjennom studieforløpet har vært en dynamisk prosess og til inspirasjon. Vi er blitt klokere i samværet med dere.

Litteratur

Aristoteles (1999) *Etikk*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag ASA

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Chochinov, H.M. (2013) Dignity in care: Time to Take Action. *Jornal of Pain and Symptoms Management* 46(5) 756-759

Dahl, H. & Alvsvåg, H. (2013) Å fremme studenters evne til refleksjon – en pedagogisk utfordring. *Uniped* 36(3) 32-45

Dalland, O. (1999) *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dokk, L. Forgaard, M. Sveen, U. Andelic, N. Holmsen, V. Holmgren, H. & Lindviksmoen, L. (2014) Jo mer informasjon, jo bedre. *Sykepleien* 4. 60-64

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitativ forskningsintervju. *Sykepleien Forskning* 04/10 332-332

- Fagerland, T. (2005) Å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 1. UiN/helseforskning
- Finstad, H.H. (2008) A room with a view. Emphazizing experiences. A study of midlevel leaders practice with mentoring. *The Journal of Practice Teaching & Learning*. 8(2), 44-57
- Finstad, H.H. (2010) Brukerkompetanse, samsoner for utvikling av erfarings basert kunnskap innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid/Vol.7*
- Førde, R.: "Helsinkideklarasjonen" (Sist oppdatert: 02. desember 2013). De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>. [Lastet 03.mai 2014]
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon. *Sykepleien Forskning 1*, 26-35
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analyses in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today 24*, 104 - 112.
- Jakobsen, R. (2012) *Nærvær når identiteten er truet- en studie av god omsorg til personer I særlig sårbare situasjoner*. PhD avhandling i studier av profesjonspraksis. Nr. 7, Bodø: Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland.
- Kvale, S. (1989) Validate is to question. I Kvale, S. (Red.) *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur
- Lasater, K. (2011) Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*. 11 86-92
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18 145-153
- Løgstrup, K.E. (1983) *System og symbol*. København: Gyldendal
- Løgstrup, K.E. (2010) *Den etiske fordring*. (4. utg.) Århus: Klim
- Martinsen, K. (2003) Talens åpenhet og evidens - dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sykepleje 4*. 36-46
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO AS
- Martinsen, K. (2005) At bo på sykehus og at erfare arkitektur. I *Arkitektur, Krop og Læring*. (Red. Larsen, K.) København: Hans Reitzels Forlag.
- McBrien, B. (2007) Learning from practice – Reflections on a critical incident. *Accident and Emergency Nursing 15* 128-133

Meløe, J. (1997) Om å forstå det andre gjør. I Greve, A. & Nettet, S. (Red.) *Filosofi i et Nordlig landskap. Jakob Meløe 70 år*. Universitetet i Tromsø, Skriftserie, Ravnetrykk nr. 24. Tromsø: Universitetet i Tromsø

Molander, B. (1993) *Kunnskap i Handling*. Gøteborg: Daidalos AB

Moloney, J. & Hahessy, S. (2006) Using reflection in everyday orthopaedic nursing practice. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 10 49-55

Nortvedt, P og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og Refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Olsen, R.H. & Finstad, H.H. (2003) Snakk om erfaring-en undersøkelse av å samtale om praktisk kunnskap. HBO- rapport 4/2003

Oliveira, V.C., Refshauge, K.M., Ferreira, M.L., Pinto, R.Z., Beckenkamp, P.R., Negro Filho, R.F. & Ferreira, P.H. (2012) Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systemic review. *Journal of Physiotherapy* 58 215-229

Ohnstad, A. (2005) *Den gode samtalen (3 opplag)* Oslo: Det Norske Samlaget

Ravn Pedersen, K. & Vrenne, Å.B. (2012). Hvordan gi god veiledning? *Sykepleien* 7. 48-51

Skjervheim, H. (1960) *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Tanum

Sosial- og helsedepartementet, Rundskriv 1-59/2000. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Studieplan i helsepedagogikk, 30 studiepoeng (2012-2013) Bodø: Universitetet i Nordland, profesjonshøgskolen, enhet for sykepleie og helse.

Åstedt-Kurki, P. Paavilainen, E. Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. (2001) Interaction between adult patients`family members and nursing staff on a hospital ward. *Scand J Caring Science* 15 142-150