

MASTEROPPGAVE

Ernæring, helse- og miljøfag

2010

Hva mener myndiggjorte medarbeidere
kjennetegner det gode møte mellom pasient og
helsearbeider?

Ørjan Bernhart
Avdeling for helse, ernæring og ledelse

Sammendrag

Bakgrunn: Ifølge kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon blir kvaliteten på helsetjenesten til i det direkte møte mellom bruker/pasient og den enkelte ansatte (Copson, 2005). I regjeringens St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) legges det i tillegg særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten. Pasienter skal bli sett og hørt. Målet er at pasientens egne ressurser skal mobiliseres og styrkes slik at den enkelte, uavhengig av diagnose, funksjonsevne eller alder, skal kunne leve et aktivt og verdig liv basert på egne preferanser og forutsetninger (ibid.).

Hensikt: Temaet i studien har til hensikt å belyse aspekter vedrørende kommunikasjon og samhandling mellom brukere av helsetjenesten og helsearbeidere/profesjonelle.

Metode: I studien er det tatt utgangspunkt i åtte informanter som er intervjuet for å besvare problemstillingen. Empirien ble vurdert til å inneholde nok data til å gjennomføre en dyptgående kvalitativ analyse i lys av tidligere forskning, relevant teori og offentlige forskrifter i forhold til kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten.

Funn og fortolkninger: Helsepersonells bevissthet angående aktiv lytting, evne til å opptre kongruent, formulere spørsmål, tilpasse seg den enkelte pasients kommunikasjonsstil og tilrettelegge for tillit i relasjonen til pasienter, fremheves som sentrale aspekter via funn og fortolkninger i denne studien.

Abstract

Background: According to the municipal sector and employers' organization (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) the quality of health services is in the direct encounter between the user/patient and the individual employees (Copson, 2005). The Government's White Paper, no. 25 (2005-2006), 2006) adds additional emphasis on user participation as a prerequisite for good quality health services. Patients should be seen and heard. The aim is that the patient's own resources shall be mobilized and strengthened so that individuals, regardless of diagnosis, disability or age, will be able to live an active and dignified life based on their own preferences and assumptions (ibid.).

Purpose: The theme of this study seeks to shed light on aspects of communication and interaction between users of health services and health workers/professionals.

Method: Eight informants were interviewed to answer the research question. The empirical data were considered to contain enough data to conduct an in-depth qualitative analysis in the light of previous research, relevant theory and government regulations in relation to communication and collaboration in health care.

Findings and interpretations: Health care workers' awareness about active listening, ability to act congruently, formulate questions, adapt to the individual patient's communication style and facilitate confidence in relation to patients, are highlighted as key issues through findings and interpretations in this study.

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling som søkes besvart	3
1.3 Avgrensning av studien	3
1.4 Definisjon av sentrale begrep.....	3
1.5 Søkehistorie	4
1.6 Oppgavens struktur	5
2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK REFERANSERAMME.....	6
2.1 Innledning til tidligere forskning.....	6
2.1.1 Tidligere forskning	6
2.2 Teoretisk referanseramme.....	9
2.2.1 Teori om tillit	9
2.2.2 Teori om språkbruk og makt.....	12
2.2.3 Teori om empowerment.....	14
2.2.3.1 Dialogens betydning i empowerment-prosessen	18
2.2.4 Teori om empati	19
2.2.5 Teori om kongruent kommunikasjon.....	22
2.3 Oppsummering av tidligere forskning og teori	24
3.0 METODOLOGI.....	26
3.1 Forskningsdesign.....	26
3.2 Hermeneutikk som vitenskapsfilosofi.....	27
3.3 For-forståelse.....	28
3.4 Valg av intervjupersoner	29
3.5 Forberedelse av intervju	30
3.6 Gjennomføringen av intervju	31
3.7 Transkripsjonen	32
3.8 Analysemetode.....	33
3.9 Etske aspekter	36
4.0 FUNN OG FORTOLKNINGER.....	39
4.1 Presentasjon av funn og fortolkninger	39
4.2. Hovedkategori I – Betydningen av dialog	41
4.2.1 Aktiv lytting	41

4.2.2 Validering av kommunikasjonen.....	43
4.2.3 Fokus på valgmulighetene	44
4.3. Hovedkategori II – Betydningen av tillit	45
4.3.1 Kongruent kommunikasjon.....	45
4.3.2 Særlig utfordrende kommunikasjonssituasjoner	46
4.3.3 Anerkjennelse	47
4.3.4 Løsninger gjennom dialog	47
4.4. Hovedkategori III – Betydningen av tid.....	48
4.4.1 En reflektert tilnærming til tidsbruken.....	48
4.4.2 Knapphet på tid	49
5.0 DISKUSJON	51
5.1 Kritisk refleksjon over metodologi	51
5.1.1 Reliabilitet	52
5.1.2 Intern validitet	54
5.1.3 Ekstern validitet.....	56
5.2 Diskusjon av funn og fortolkninger	57
5.2.1 Betydningen av dialog	57
5.2.2 Betydningen av tillit	61
5.2.3 Betydningen av tid.....	64
6.0 KONKLUSJON.....	67
7.0 LITTERATURLISTE	68
VEDLEGG 1	72
VEDLEGG 2	74
VEDLEGG 3	76
VEDLEGG 4	78

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I et samfunn preget av demokrati og likeverd må ekspertholdninger vike for dialog, samtale og gjensidig påvirkning (Aubert & Bakke, 2008). Pasienter og mottakere av tjenester stiller krav til mellommenneskelig balanse, ifølge forfatterne (ibid.). I helsepolitiske føringer heter det eksplisitt at synet på pasienten som ekspert på seg selv er sentralt i samhandlingen mellom helsearbeider og pasient (St.meld. nr. 28 (1999-2000), 2000; NOU 1998: 18, 1998). Begrep som medvirkning, egenomsorg, egenandeler osv. peker mot et økende krav til den enkelte om et aktivt og ansvarlig forhold til egen kropp, helse og velferd, påpeker Skau (2005). Pasienten må oppfattes som en ressurs som kan være aktiv medspiller istedenfor en passiv sykeliggjort tredjeperson. En slik tilnærming krever nytenkning hos helsepersonellet (Aubert & Bakke, 2008; Skau, 2005; St.meld. nr. 28 (1999-2000), 2000; NOU 1998: 18, 1998).

I St.meld. nr. 26 (1999-2000), 2000) blir det spesifisert at kjerneverdier i helsesektoren er kvalitet, omsorg og respekt for integritet og autonomi. I samme melding slås det fast at menneskeverdet som ukrenkelig egenskap er den grunnleggende verdien for tjenestene. Andre kjerneverdier er trygghet og rettferdighet. I regjeringens St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) legges det i tillegg særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten. Pasienter skal bli sett og hørt:

”Regjeringen vil stimulere til sterkere brukermedvirkning og legge til rette for en politikk som sikrer at alle brukere eller pasienter uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker og premisser.”

(St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006), s. 7).

Mæland (2005) fremhever at en betingelse for å lykkes med brukermedvirkning og empowerment, forutsetter at den profesjonelle må være villig til å gi fra seg makt som ligger i den profesjonelle rollen. Det ligger mye makt i den tradisjonelle ekspertrollen, der eksperten definerer problemet og anviser løsninger, mens pasienten tar passivt imot. Å dele makt kan virke truende for den profesjonelle, mens for pasienten kan delt makt kanskje oppleves som

forvirring. Å søke en felles forståelse innebærer at den profesjonelle våger å dvele ved pasientens utfordringer, uten å komme med formaninger eller anbefalinger (ibid.). Idealet er å komme i dialog der den profesjonelle ikke tenker på vegne av pasienten, men med vedkommende, poengterer Stang (2003).

Ifølge kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) blir kvaliteten på helsetjenesten til i det direkte møtet mellom bruker/pasient og den enkelte ansatte (Copson, 2005). Med utgangspunkt i blant annet denne ideen har KS satt i gang et utviklingsprosjekt som skal arbeide med å utvikle *myndiggjorte medarbeidere* i pleie- og omsorgssektoren. Nordlandsforskning (2004) har hatt i oppdrag å evaluere 12 forsøkskommuner i utviklingsprosjektet til KS. Resultatene baserer seg blant annet på kvalitative data, med intervjuer av *myndiggjorte medarbeidere* både ved oppstart og avslutning. I sluttrapporten til Nordlandsforskning (2004) heter det blant annet at den *myndiggjorte medarbeider*:

- ”Opplever at brukernes ønsker blir kommunisert og gjort noe med”
 - ”Har klar formening om hva en ”god nok” tjeneste er”
- (ibid., s. 8).

På bakgrunn av sluttrapporten til Nordlandsforskning (2004) har KS videre utarbeidet et idéhefte: ”*Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere*” (Copson, 2005). I idéheftet oppfordrer KS virksomheter i kommuner til å følge opp resultatene fra Nordlandsforskning for utvikling av *myndiggjorte medarbeidere*, i den hensikt å øke kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgstjenesten.

Lørenskog sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Akershus, har valgt å følge oppfordringen fra KS angående utvikling av *myndiggjorte medarbeidere*. Institusjonen administrerer en korttidsavdeling. Det er en avdeling med mange alvorlig syke pasienter, og mange inn- og utskrivninger hver uke. Ifølge sykehjemmet (Undervisningssykehjemmet, 2009) stiller avdelingens drift store krav til personalets samhandlings- og relasjonskompetanse. På bakgrunn av dette og KS’ satsning på utvikling av *myndiggjorte medarbeidere*, har denne institusjonen startet et prosjekt for å heve kvaliteten på tjenesten i avdelingen. Målet med prosjektet er blant annet å heve de ansattes relasjons- og samhandlingskompetanse.

Prosjektet organiseres ved refleksjonsgrupper/kvalitetssirkler hver 14. dag der de ansatte tar opp faglige og mellommenneskelige problemstillinger til diskusjon og refleksjon. Hensikten er blant annet at medarbeiderne skal bli tryggere, bli bedre til å samhandle både internt i avdelingen og i forhold til pasienter, pårørende og eksterne samarbeidspartnere. De ansatte ved korttidsavdelingen faller innunder benevnelsen myndiggjorte medarbeidere. Min studie har til hensikt å søke innsikt i hva *myndiggjorte medarbeidere* mener kjennetegner gode møter i deres yrkeskontekst.

1.2 Problemstilling som søkes besvart

Hva mener myndiggjorte medarbeidere kjennetegner det gode møte mellom pasient og helsearbeider?

Problemstillingen er også studiens forskningsspørsmål, nærmere beskrevet i kapittel 5.2.

1.3 Avgrensning av studien

I denne studien er det tatt utgangspunkt i åtte informanter som er intervjuet for å besvare problemstillingen. Empirien ble vurdert til å inneholde nok data til å gjennomføre en dyptgående kvalitativ analyse i lys av tidligere forskning, relevant teori og offentlige forskrifter i forhold til kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten. Undersøkelsen er en ikke-generaliserbar studie.

1.4 Definisjon av sentrale begrep

Myndiggjorte medarbeidere: Karakteriseres blant annet ved at de:

- ”Opplever at brukernes ønsker blir kommunisert og gjort noe med”
- ”Har klar formening om hva en ”god nok” tjeneste er”

(Nordlandsforskning, 2004, s. 8).

Det gode møte: Ifølge KS blir kvaliteten på helsetjenesten til i det direkte møte mellom bruker/pasient og den enkelte ansatte (Copson, 2005). Rettferdighet og respekt for integritet og autonomi er kjerneverdier i det gode møte (St.meld. nr. 26 (1999-2000), 2000). I regjeringens St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) legges det i tillegg særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten. Pasienter skal bli sett og hørt. Målet er at pasientens egne ressurser skal mobiliseres og styrkes slik at den enkelte, uavhengig av diagnose, funksjonsevne eller alder, skal kunne leve et aktivt og verdig liv basert på egne preferanser og forutsetninger (ibid.).

Pasient: Pasienter som har samhandlet med kommunehelsetjenestens *myndiggjorte medarbeidere*. I denne sammenheng ved Lørenskog sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Akershus. Begrepet *pasient* defineres i kontekst av denne oppgaven som en aktiv medvirker på sine premisser (jf. St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Dessuten er benevnelsen *pasient* brukt fordi det var dette begrepet informantene brukte under intervjuene. Med andre ord må begrepet *pasient* ikke forstås som en passiv mottaker av helsetjenester.

Av hensyn til språkvariasjon i oppgaven blir synonymene ”hjelpetrengende” og ”vedkommende” også brukt istedenfor begrepet *pasient*.

Helsearbeider/profesjonell: Det vil si en person som utfører en jobb på en profesjonell måte og får betalt for det. Det impliserer at den profesjonelle helsearbeideren har kunnskaper innen fagfeltet hun/han arbeider innenfor, spesielle kunnskaper som går ut over egne erfaringer. I helsesektoren innebærer en profesjonell holdning at helsearbeideren uttrykker innlevelse og medmenneskelighet, samtidig som vedkommende holder yrkesmessig distanse og hjelper pasienten med å løse sine egne problemer ved hjelp av yrkesmessige kunnskaper (Egidius, 2000).

1.5 Søkehistorie

For å danne meg et teoretisk grunnlag for denne masteroppgaven startet jeg med å søke gjennom den anbefalte litteraturen vi mottok i begynnelsen av kurset. Dette var et naturlig utgangspunkt for å innsisere innhold og referanser. Jeg har også konsolidert litteraturaspekter

med mine veiledere. Liknende tema angående litteratur, litteraturtips og litteratursøk har også blitt diskutert med medstudenter.

Videre har den teoretiske referanserammen blitt utvidet ved å foreta flere litteratursøk via medisinske og helsefaglige databaser, dels av meg alene og dels sammen med bibliotekar ved HiAk. Databasene som er brukt er: HELSEBILIOTEKET, BIBSYS, OVID, CINAHL, MEDLINE, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PSYCINFO, TIDSSKRIFTET.NO.

Søk er gjort i flere omganger gjennom hele arbeidsprosessen med masteroppgaven. Dette gjelder både manuelle og elektroniske litteratursøk. Søkeordene i databasene har vært: Relasjon(er), brukermedvirkning, empowerment, myndiggjøring, profesjonell(e), patient participation, dialogue, patient experiences, health professionals, maktdeling, kommunikasjon. Søkeordene har blitt brukt sammen og separat i søkemotorene i den hensikt jeg har funnet formålstjenlig. Jeg ønsket å finne forskningsartikler, faglitteratur og teori som omhandler pasient/helsepersonell-relasjoner da det er mitt fokus i oppgaven.

1.6 Oppgavens struktur

Det er gjort rede for studiens tema, problemstilling, studiens hensikt og søkehistorie innledningsvis. I kapittel 2 presenterer jeg studiens teoretiske referanseramme, samt tidligere forskning og offentlige forskrifter. I kapittel 3 blir studiens metodologi beskrevet. Funn og fortolkninger presenteres i kapittel 4. Studiens funn og fortolkninger samt studiens holdbarhet drøftes i kapittel 5. Til slutt kommer oppsummering av studien og forslag til videre forskning i kapittel 6.

2.0 Tidligere forskning og teoretisk referanseramme

2.1 Innledning til tidligere forskning

I dette kapitlet blir noen empiriske studier som er relevante for mitt prosjekt presentert. De presenterte studiene bygger på både kvalitativ og kvantitativ metodologi med ulike forskningsdesign. Temaet i de ulike studiene er relasjoner, empowerment, veiledning, makt, kommunikasjon og dialog mellom helsepersonell og pasienter.

2.1.1 Tidligere forskning

God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter viser seg via studier å ha en oppbyggende effekt på pasienter hva gjelder mestring i forhold til egen sykdom. Nuland, Hannes, Aertgeerts og Goedhuys (2008) dokumenterer via oversiktsstudier at det er en sammenheng mellom helsepersonells kommunikasjonsferdigheter og pasienters opplevelse og tilnærming til egen sykdom:

“Various reviews of trials show that skillful communication is related to improved outcomes, including better ratings in the following areas: patient satisfaction, therapy compliance, symptom resolution and in some cases even physiological measures such as blood pressure or blood sugar control”

(Nuland, Hannes, Aertgeerts & Goedhuys 2008, s. 2).

Det er også gjennomført norske studier som indikerer liknende funn som Nuland et al. (2008) oppsummerer. Bostrøm (1999) og Sandanger (2009) sine kvalitative studier fremhever også betydningen av hvor viktig god kommunikasjon kan være for pasienter. Begge studiene fremhever særlig betydningen av at helsepersonellet bryr seg og utviser en genuin oppmerksomhet i møtet med pasienten. Pasientene som ble intervjuet la særlig vekt på at de relasjonelle ferdighetene til helsepersonellet hadde stor betydning. Dette både i forhold til reduksjon av stress og i forhold mestring av egen sykdom. Noen av pasientene påpekte

imidlertid også at de hadde opplevd mindre heldige kommunikasjonssituasjoner med helsepersonell, noe som kunne bidra til usikkerhet og stress.

Hendersons studie (2003) tar utgangspunkt i maktaspektet mellom sykepleiere og pasienter. Undersøkelsen baserer seg på individuelle intervju og deltagende observasjon av sykepleiere og pasienter. Funn i studien viser at å legge til rette for maktdeling krever at sykepleierne er særs bevisste sin kommunikasjon. Det vil si at sykepleierne tilpasser seg den enkelte pasients ordvalg og måten å uttrykke seg på. Likeledes vise inntresse for og lytte, samt la pasienten få uttrykke seg ferdig før sykepleieren stiller oppfølgingsspørsmål. Det samme gjelder ved meddeling av informasjon til pasientene. Informasjonen blir best bearbeidet og forstått når sykepleiere utviser evne og vilje til å forklare og tilpasse informasjonsmeddelingen til den individuelle pasient. Mindre heldige kommunikasjonssituasjoner i studien gjør seg særlig gjeldende der sykepleiere opptrer som om at de vet best (know best) overfor pasienter. Ifølge Henderson (2003) er evnen og viljen til å se samt tilpasse seg den enkelte unike kommunikasjonssituasjon helt avgjørende for maktdeling med pasienter.

En kvalitativ individuell intervjuundersøkelse utført av Eldth, Ehnfors og Ekman (2006) fant forfatterne verdikonflikter vedrørende noen aspekter ved hva brukermedvirkning betyr i praksis. Enkelte sykepleiere opplevde at de kom til kort overfor noen pasienter hva gjelder brukermedvirkning. Dette fordi noen pasienter kunne foretrekke andre løsninger enn det sykepleierne anbefalte. Pasientene beskrev ikke-brukermedvirkning som fravær av likeverdighet og en følelse av å bli kontrollert. Brukermedvirkning opplevde pasientene ofte som å komme i dialog, bli lyttet til og sett på som en medvirkende og aktiv beslutningstaker vedrørende egen helse (ibid.).

En litteraturstudie utført av Tveiten (2005) viser at definisjonen av veiledning er løst definert i en kontekst der helsepersonell skal utøve veiledning i forhold til pasienter. Studien baserer seg på 20 artikler der forfatterens utgangspunkt er å klargjøre hva veiledning betyr i ovennevnte setting. Fellestrekk i litteraturstudien er at veiledning kan defineres som formell, pedagogisk og en form for en istandsettingsprosess (relational enabling process). Et annet viktig fellestrekk er at helsepersonellet må besitte kompetanse til å veilede. Evne til dialog, humanisme og etisk bevissthet er ord som går igjen i studien. Den etiske bevisstheten baserer seg blant annet på at det må respekteres at pasienter kan foretrekke andre valg enn det helsepersonellet ville ha tatt. Det betyr ikke at helsepersonellet skal opptre totalt ettergivende i

forhold til pasienter. Det er tvert imot av stor betydning at profesjonelle kan stille utfordrende spørsmål til pasienter. Utfordrende spørsmål kan bidra til å bevisstgjøre pasienter, klargjøre muligheter og skape felles refleksjon mellom dialogpartene, fremhever studien (ibid.).

Charles, Gafni og Whelan (1999) har gjennomført en kvalitativ individuell intervjustudie med leger angående tema medvirkning fra pasienters side. Funn fra studien indikerer særlig tre aspekter som influerer medvirkning fra pasienters side. Det første er sykdommens alvorlighetsgrad; jo mer alvorlig syk pasientene var jo mindre var de interesserte i medvirkning. Det andre aspektet som influerer prosessen med deltakelse fra pasienters side er alder. Jo eldre pasientene var, jo mer nølende var de generelt i forhold til å medvirke aktivt. Den tredje generelle faktoren som kunne gjøre medvirkning særlig utfordrende var pasientenes utdanningsnivå. Jo lavere utdanningsnivå, jo mer utfordrende var det å legge tilrette for medvirkning, poengterer studien (ibid.).

Kettunen, Poskiparta og Karhila (2003) har utført en kvalitativ studie i perspektiv av empowerment på individnivå. Studien er gjennomført via videoopptak av sykepleiere i kommunikasjon med pasienter. Forfatterne definerer empowerment på et individ som blant annet involvering av pasientens perspektiv i forhold til egen sykdom. På den måten kan pasienten implementere egne perspektiver og verdier i forhold til tilnærming til egen sykdom. Likeledes reflektere kritisk både i forhold til informasjon de mottar og kritisk i forhold til hvordan de vil bruke den informasjonen overfor egen helseutfordring. Kettunen et al. sier at det motsatte av pasientinvolvering er disempowering. Disempowering definerer forfatterne som at medvirkning, dialog og samrefleksjon mellom pasienter og sykepleiere er manglende eller fraværende. Eksempel på det sistnevnte kan for eksempel være at helsepersonell overvelder pasienten med informasjon, spørsmål eller avbrytelser i det pasienten forsøker å kommunisere.

I studien fremhever Kettunen et al. (2003) særlig betydningen av språket, ordvalg og intonasjon for å fremme god kommunikasjon med pasienter. Empowerment på et individnivå innebærer ifølge forfatterne at sykepleierne oppfordrer pasienten til å uttrykke seg. Funn i studien viste særlig at affektive spørsmål var av stor betydning for å oppfordre pasienter til å snakke om følelser, erfaringer og bekymringer. Det samme gjaldt måten å ytre seg på: Slik som å gjenta ord, pauser, nøling, stillhet, og evne til å holde fokus på pasientens ordvalg og

perspektiv. Dette gav rom for pasientens egne ideer og inviterte pasienten til å belyse egne tanker rundt aktuelle tema i forhold til mestring av sykdom, fremhever forskerne (ibid.).

2.2 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenteres relevant teori og forskrifter for å belyse problemstillingen. Aktuelle teoretiske aspekter er: Tillit, språkbruk, makt, empowerment, empati og teori om kongruent kommunikasjon.

2.2.1 Teori om tillit

Trust refers to the confidence we have either in individuals or in institutions”, sier Giddens (2010, s. 100). Helsevesenet kan defineres som en institusjon, en samfunnsordning og/eller en faktisk ordning, fremhever forfatteren videre. Offe (1999) sier at helsevesenet som institusjon ikke bare er underlagt formelle lover og forskrifter – helsevesenet har også; ”an ethos, an implicit moral theory” (Offe, s. 70). Denne etos og måten det iverksettes på sier noe om institusjonens moralske troverdighet. En moralsk troverdig institusjon bygger på kjerneverdier som sannferdighet, å holde løfter, rettferdighet og solidaritet (Offe, 1999). Moralsk troverdige helseinstitusjoner er en forutsetning for pasienters tillit til helsevesenet. Det handler om institusjonens kvalitet, sier Grimen og Nortvedt (2004). Har en pasient mistanke om at en institusjon ikke inkorporerer de ovennevnte moralske verdiene eller unnlater å etterleve forskrifter, blir tilliten til de profesjonelle ved institusjonen problematisk. Dette fordi pasienter ikke vet hva som motiverer helsearbeiderne som jobber der (Grimen & Nortvedt, 2004; Offe, 1999).

Tillit berører helsevesenets nerve (Giddens, 2010; Grimen & Nortvedt, 2004, Offe, 1999). Helsevesenets hjelperelasjoner – relasjoner mellom helsearbeidere og pasienter – ville ikke kommet i stand uten tillit. Grimen og Nortvedt (2004) sier at pasienter gir helsepersonell et tillitsmandat. Pasienter tar som oftest lite forholdsregler fordi de forventer at helsepersonellet er pålitelige og tilliten verdig. Helsepersonell får da betinget ansvar gjennom tillit, og derigjennom får de også makt. Skau (2003) understreker at brukere av helsetjenesten er prisgitt de profesjonelles skjønnsbaserte makt. Verken maktutøvelse eller tillit kan reguleres fullstendig av normer, regler eller trusler om straff, jamfør Lov om pasientrettigheter (1999),

Lov om helsepersonell (1999) eller respektive yrkesetiske retningslinjer. Det avgjørende for tilliten er de faktiske handlinger og deres virkninger (Giddens, 2010; Grimen & Nortvedt, 2004; Skau, 2003; Offe, 1999).

Både den som gir tillit ”nedover” (helsepersonell) og den som gir tillit ”oppover” (pasienter), er sårbare. Begge grupper tar en risiko. Men den som gir tillit ”oppover” er mer sårbar, sier Grimen og Nortvedt (2004). Pasienter har færre muligheter til å stille en upålitelig helsearbeider til ansvar, og mindre makt og kunnskap til å rette opp feil og misbruk. Dette gjelder særlig hvis pasienten har begrensede ressurser, for eksempel i form av svekket helse, mangler sterke pårørende, etc., sier Skau (2003). Pasienter må stole på helsepersonell fra en posisjon som ofte er preget av manglende kunnskap. Mottakeren av helsehjelp må stole på at helsepersonell vil pasienten vel og har en intensjon om å etterleve lover og forskrifter i samhandling med pasienten. Det er et vesentlig trekk ved å stole på helsepersonell (Skau, 2003; Grimen & Nortvedt, 2004).

Å stole på helsepersonell kan generelt sett dekomponeres i tre elementer: Tillit til hensikter, tillit til kompetanse og tillit til teknologi, fremhever Grimen og Nortvedt (2004). I kontekst av denne masteroppgaven er ikke teknologi særlig inne i bildet, slik at tillit til hensikter og kompetanse blir det primære hva gjelder temaet tillit. Når en pasient stoler på en helsearbeider, er tiltro til hennes/hans kompetanse og hensikter viktig (Offe, 1999). Helsearbeidere er profesjonelle utøvere av kompetanse (Grimen & Nortvedt, 2004). Et vesentlig trekk ved å stole på hensikter og kompetanse, er tiltro til den profesjonelles evne og vilje til å etterleve yrkesetiske retningslinjer. Det innebærer blant annet å tilpasse seg forskjellige samhandlingssituasjoner, samt å kunne oppdage, erkjenne og korrigere egne feil, fremhever Vaglum (2002).

I St.meld. nr. 26 (1999-2000), 2000) blir det spesifisert at kjerneverdier i helsesektoren er kvalitet, trygghet, rettferdighet, omsorg og respekt for integritet og autonomi. I samme Stortingsmelding slås det fast at menneskeverdet som ukrenkelig egenskap er den grunnleggende verdien for tjenestene. Den som gir tillit og stoler på andre utsetter seg for potensiell fare og gjør seg selv sårbar, påpeker Warren (1999). Grimen og Nortvedt (2004) sier at tillit bygger på en vurdering, som kan være taus eller vanemessig, om å godta sårbarhet overfor andres mulige onde vilje, gjennom å gi dem skjønnsbasert makt over noe. Det er å åpne et rom hvor andre kan beslutte slik de mener er best. Men et rom for skjønn kan være

uavklart. Pasienten er sårbar overfor ond og splittet vilje, slurv, inkompetanse og dårlige hjelpemidler (Grimen & Nortvedt, 2004, Skau, 2003). Dessuten kan helsepersonell stå i krysspress som utløser blandede motiver, for eksempel mellom økonomiske hensyn og det medisinske forsvarlige, sier Vaglum (2007). Pasienters tillit til helsearbeidere åpner handlingsrom som kan brukes uforutsigbart. I samhandlingen mellom profesjonelle og pasienter står ofte disse sidene ved tillit på spill. Pasienters forhold til helsepersonell og institusjoner preges av at pasienter overlater skjønn eller vurderinger i profesjonelles varetekt. Det kan for eksempel være helsehjelp, rettighetskrav eller korrekt og utfyllende informasjon, som helsepersonell er pålagt å gi pasienter eller pårørende (Grimen & Nortvedt, 2004; Skau, 2003).

Tillit kan være, men er ofte ikke, bygget på reflekterte valg (Grimen & Nortvedt; 2004 Skau, 2003). Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at det påvirkes på en eller annen måte, understreker Løgstrup (2008). Det kan være svært lite, en forbigående stemning, en oppstemthet, en vekker eller noe som får en til å visne, en tristhet. Uansett hvor mange måter kommunikasjonen mellom noen kan arte seg, så består den alltid i å driste seg frem på for å bli imøtekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grunnfenomen, sier sistnevnte forfatter (ibid.).

Tillit er noe partene skaper sammen i dialog eller gjensidighet; man kommuniserer seg selv til hverandre. Tillit aktiveres ved at man svarer på tiltalen fra noen, og ved å svare blir man et ansvarlig jeg, fremhever Løgstrup (2008). Det som først og fremst bidrar til tillit, er at samtaleparteneren er ekte og sannferdig. Et slikt tillitsforhold er dynamisk eller flytende. Tilliten uttrykker det levende, det aktive, det dynamiske – det som vil inn i den konstruktive dialogen. Mens motsetningen uttrykker det passive, statiske og tilbaketrukne (Løgstrup, 2008). Tillit kan bygges i måten pasientene blir behandlet på som unike personer i unike møter, understreker Vaglum (2007).

Når pasienter eller pårørende trenger kontakt, omsorg, assistanse, hjelp og pleie, trenger de også noen som bryr seg. Samfunnets tilbud til brukere av helsetjenester er noe langt mer enn materielle goder, ifølge Skau (2005). Da er viljen til service, instrumentelle ferdigheter og objektive fakta ikke nok. Med sitt essay "Deltakar og tilskodar" tar Skjervheim (1996) opp denne tematikken. Forfatterens utgangspunkt er at i møte med andre mennesker kan man velge om en vil opptre som deltaker eller tilskuer til den andre som trenger assistanse. Om en

vektlegger kun objektive fakta, står man i fare for å opptre som tilskuer til den som trenger hjelp, og dermed gjøre den andre til et objekt for sitt blikk: ”Ved å objektivera den andre går ein til åtak på den andre sin fridom. Ein gjer den andre til eit faktum, ein ting i si verd”, sier Skjervheim (1996, s.75).

Skau (2005) understreker at profesjonelles holdning til det å være hjelper, og synet på den som trenger hjelp, er grunnleggende for den kontakten som oppnås. Velger helsepersonell å være tilskuere til den som søker hjelp, blir møtet mellom partene utvendig og uten menneskelig kontakt. Et tillitvekkende møte er avhengig av at helsepersonell velger å engasjere seg, ellers vil betingelsene for konstruktive møter være dårlige.

En tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og pasient er et meget potent middel til å påvirke pasienters egeninnsats, samarbeidsvilje og forløpet av en rekke somatiske - og psykiske - lidelser, fremhever Vaglum (2007).

Videre sier forfatteren (ibid.) at refleksjon over pasientens personlighetstrekk kan være et viktig bidrag for at helsepersonell skal klare å etablere god nok kontakt og skape den nødvendige tillit. Tillit er ofte helt avgjørende for at pasienter skal gi fra seg nøkkelopplysninger som kan være essensielle for et konstruktivt samarbeid.

Personlighetstrekk kan grovt sett deles inn etter hvor snakkesalig, dramatiserende, kontaktsøkende, aktiv, energisk og engasjert man er. Når en utadvendt person fornemmer noe, positivt eller negativt, oppleves det ekstra sterkt. Det motsatte er innadvendt personlighet; lite interessert i kontakt, viser lite følelser. Det tredje trekket er samvittighetsfullhet, og den som har dette trekket, har en tendens til alltid å måtte ha full kontroll over seg selv og andre, samtidig som personen kan være preget av ansvarlighet, utholdenhet og ordentlighet.

Helsepersonells bidrag til å etablere tillit til pasienter er blant annet avhengig av selvrefleksjon over hvordan en forstår pasienten, refleksjon over ens egen persepsjon og virkelighetsforståelse i forhold til samhandlingssituasjoner, påpeker Vaglum (2007).

2.2.2 Teori om språkbruk og makt

Den mest vidtrekkende og effektive form for makt og innflytelse gis den som kan definere sannheten for andre. Dette kalles ideologisk makt, og den blir utviklet og legitimert gjennom vitenskapen (Aadland, 2004). Når et menneske blir pasient skjer det en språklig overføring fra

hverdagskultur til fagkultur. Det er det første uttrykket for makt i møtet mellom de to typer aktører (Skau, 2003). Gjennom å benevne virkelighet skaffer profesjonelle seg samtidig makt over den: Det er helsearbeiderens språkkode som brukes i offisielle, viktige sammenhenger. Deres fortolkninger skrives ned i journalene ved hjelp av deres terminologi (Aadland, 2004; Skau, 2003).

Grimen og Nortvedt (2004) sier at makt er viktig å belyse i helsefagene fordi helsefagenes hjelperelasjoner – relasjoner mellom pasienter og helsepersonell – er preget av flere typer asymmetri: En part er syk, den andre parten skal hjelpe. En part har mye kunnskap, den andre har mindre. En part trenger goder, den andre parten kontrollerer tilgangen til disse godene. Slik asymmetri hører uløselig til disse relasjonene. Helsevesenets hjelperelasjoner ville ikke kommet i stand hvis ikke noen andre hadde trengt noen andres hjelp, kunnskap eller tilgang til bestemte goder (Skau, 2003; Grimen & Nortvedt, 2004).

Møter der en av partene opptrer i rollen som profesjonsutøver, skiller seg på mange måter fra private mellommenneskelige møter, fremhever Skau (2005). Når det gjelder forholdet mellom pasient og helsearbeider, er den strukturbestemte ulikheten tydelige kjennetegn. Den profesjonelle tilhører et offentlig maktapparat, og disponerer et sett av yrkesspesifikke kunnskaper som kan gjøre krav på høyere autoritet enn det en pasient tilsynelatende representerer. Hvis pasienten i tillegg er ressurs svak, kan det asymmetriske maktforholdet oppleves forsterkende (Skau, 2005; Schei, 2007; Grimen & Nortvedt, 2004).

”Maktfrie relasjoner finnes ikke”, hevder Heggen og Mjell (1997, s. 44). Schei (2007) sier at fordi den profesjonelle har makt til å gripe inn i pasientens liv og fremtid, kreves evne til å se hva som vil være god og dårlig maktbruk fra pasientens perspektiv, og til å handle deretter. Konstruktiv hjelp avhenger alltid av den profesjonelles dømmekraft og forståelsesevne, understreker sistnevnte forfatter. Mæland (2005) sier at å dele makt kan kanskje virke truende for den profesjonelle, mens for pasienten kan delt makt kanskje oppleves som forvirring. Å søke en felles forståelse innebærer at den profesjonelle våger å dvele ved pasientens utfordringer, uten å komme med formaninger eller anbefalinger. Idealet er en felles samtale der den profesjonelle ikke tenker på vegne av pasienten, men med vedkommende, poengterer Røkenes og Hansen (2006).

Maktaspektet blir ofte underkommunisert og dermed tilslørt, argumenterer Skau (2003). Dette skjer både i velferdsstatens ideologi og i daglig praksis, og det kan gjøre det vanskelig for profesjonelle å erkjenne sin maktbruk. Men maktaspektet er komplekst og flertydig. For eksempel er en viss form for makt nødvendig for å kunne hjelpe: Den ”konstruktive” eller den ”gode” hjelper er ingen avmektig og hjelpeløs person. Samtidig kan misbruk av makt føre til stor skade. Spørsmålet er derfor på hvilke måter makt kommer til uttrykk i ulike relasjoner, og hvilken betydning dette kan ha for de berørte partene (Skau, 2003; Schei, 2007). Heggen og Mjell (1997) sier at for profesjonelle er det viktig både å forstå maktaspektet i egen yrkesrolle og den betydningen dette aspektet kan ha for samspillet med andre.

Språket er det viktigste redskap for kommunikasjon og samhandling, etablering av makt og legitimering av handlinger (Skau, 2003). Språk kan brukes både til å ekskludere og inkludere. Når et menneske blir pasient, skjer det en språklig transformasjon – en begrepsmessig overføring fra hverdagspråk til fagspråk, samtidig blir hverdagslivets situasjoner, hendelser og tilstander gjort tilgjengelige for helsevesenet. Hvis profesjonsutøvere benytter et uforståelig fagspråk, uten nærmere forklaringer til pasienten, kan det oppleves som mangel på empati (Skau, 2003; Aadland, 2001).

2.2.3 Teori om empowerment

Empowerment handler om både makt, avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse, medvirkning selvbestemmelse, styrking, egenmakt og mestring. Man har forsøkt å finne et godt norsk ord, men i de fleste sammenhenger anvendes det engelske begrepet. Empowerment-tenkningen er inspirert av borgerrettighetsbevegelsen i USA, feministiske teorier, radikale miljøgrupper, kvinnebevegelser, frigjøringsbevegelser og selvhjelpsgrupper som har oppstått hos grupper i opposisjon til den etablerte ekspert-tenkningen. Empowerment-tenkningen kritiserer blant annet den måten ulike tiltak og tjenester er blitt organisert på, og ikke minst hvilken rolle de profesjonelle autoriteter har spilt innenfor disse (Askheim & Starrin, 2007; Andrews, 2003; Stang, 2003).

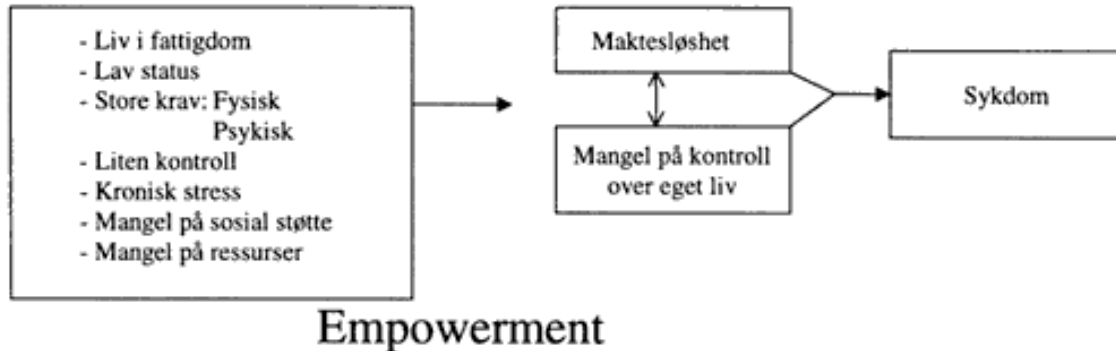
I følge WHO kan empowerment defineres som; “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health” (WHO, 1998, s. 16). I litteraturen er det ikke uvanlig å snakke om empowerment både som individ-, gruppe- og samfunnsfenomen

(NOU 1998: 18). For øvrig beskrives ofte empowerment som en prosess og et resultat (Stang, 2003; Andrews, 2003). I figur 1.0 blir dette illustrert.

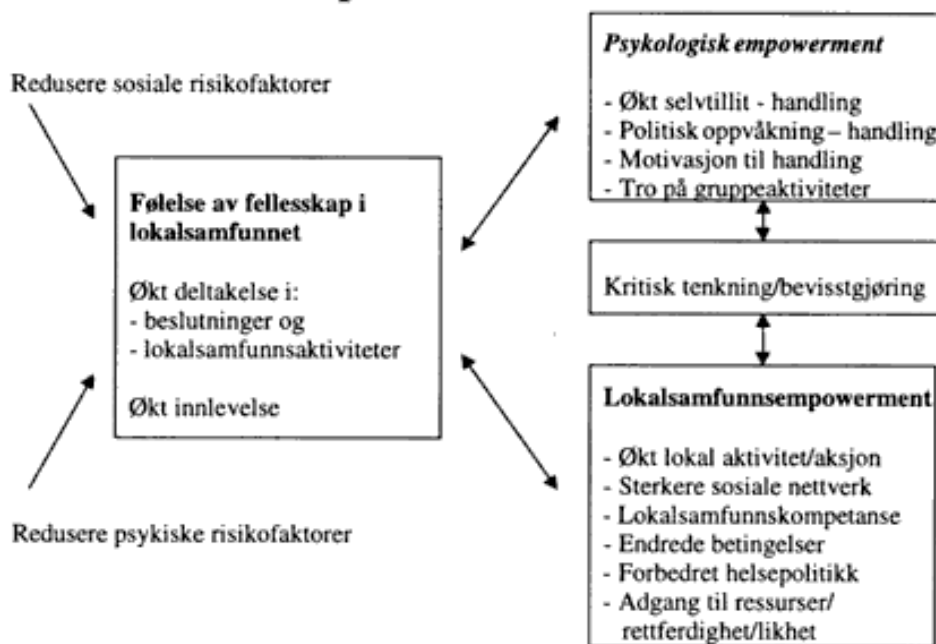
Skau (2005) sier at noen ganger er det legitimt at pasienter legger sin skjebne i profesjonelle hjelpers hender for kortere eller lengre tid, men dette er i tilfeller når pasienter er for syke for adekvat samhandling. I de fleste behandlings- eller samhandlingssituasjoner vil ikke dette være tilfelle. Målet med behandling er ikke bare å kurere, men også å bygge opp under mestringsmuligheter og selvstendighet hos pasienten (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Wikman og Fältholm (2006) sier at helsearbeidere har et særlig ansvar for å bygge opp under pasientens vilje til å takle sine personlige utfordringer. Det starter med at helsearbeideren respekterer at det er mange måter å tilnærme seg utfordringer på (Tveiten, 2007; Askheim & Starrin, 2007). Skau (2005) sier at det er lett å falle for fristelsen å gi råd, i stedet for å innta en søkende holdning sammen med pasienten. Mange pasienter vil også ha konkrete råd. Da gjelder det for den profesjonelle å være særlig på vakt. Dette fordi helsearbeideren da står i fare for å ta på seg et ansvar som ikke er deres, og på den måten kan helsepersonell underbygge avhengighet i stedet for selvhjulpenhet. Walseth og Malterud (2004) understreker at konkrete råd kan legge til rette for skyldfølelse hos pasienten, hvis vedkommende ikke klarer å leve opp til rådene.

Maktesløshet

Fysiske og sosiale risikofaktorer



Empowerment



Figur nummer 1.0 (NOU, 1998: 18, s. 15)

Empowerment bygger på et menneskesyn der utgangspunktet er at alle mennesker har ressurser og kapasitet til å definere egne problemer og utvikle handlingsstrategier og tilnæringsmåter som kan forsterke egne mestringmuligheter. Profesjonelle kan opptre støttende, samarbeidende og konstruktivt overfor den hjelpetrequende i denne prosessen. Empowerment tar utgangspunkt i at samarbeidet bygger på maktdeling, der pasienten har makt i form av egen erfaring og levd liv, mens de profesjonelle kan supplere med sin fagkunnskap til det beste for pasienten (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007).

I St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) heter det blant annet at reell brukerinnflytelse forutsetter at fagprofesjoner er bevisst og kritisk til sin egen maktposisjon og legger empowerment (myndiggjøring) av pasienten til grunn for sitt arbeid. Det innebærer at det legges til rette for pasientinnflytelse slik at vedkommende i størst mulig grad settes i stand til selv å ta valg. Hensikten er at pasienten skal sikres muligheten til å kunne leve et mest mulig meningsfullt og selvstendig liv til tross for sykdom eller funksjonstap. Videre heter det i stortingsmeldingen at helsepersonell har et særansvar i å bevisstgjøre seg yrkesetiske retningslinjer i forhold til dette.

Rønning (2007) sier at empowerment tar ulike former og har ulik betydning for ulike grupperinger innenfor ulike kontekster. I min undersøkelse er hovedfokuset hva gjelder empowerment på et individnivå eller som individfenomen. Dette nivået blir også omtalt i litteraturen som empowerment på mikronivå eller som en psykologisk prosess hvor det er individet som står i sentrum, og at det er individet som får mer kontroll over sin egen helse og livssituasjon (NOU, 1998: 18; Stang, 2003). I figur 1.0 blir dette illustrert som ”psykologisk empowerment”. Empowerment som prosess kjennetegnes av relasjoner til andre, basert på likeverd og samarbeid. I et pasient/helsepersonell-perspektiv beskrives empowerment blant annet ved å mestre, ha kontroll, selvutvikling, følelse av håp, rettferdig behandling og økt livskvalitet. For helsepersonell vil dette kreve nytenkning med større grad av oppmerksomhet rettet mot pasientens selvforståelse og selvutvikling, sier Gibson (1991) og Mæland (2005).

Empowerment på individnivå innebærer at den profesjonelle er orientert mot pasientens ressurser – ikke problemer eller mangler (Askheim & Starrin, 2007). Imidlertid kan pasienten bare ”empower” seg selv, men helsepersonellet kan opptre assisterende og konstruktivt i empowermentprosessen med pasienten, sier Tveiten (2007). Å opptre assisterende og konstruktivt forutsetter imidlertid at helsepersonellet legger til side sitt eventuelle kontrollbehov. Likeledes bør det aksepteres at den hjelpetregende kan foretrekke andre løsninger enn det den profesjonelle ville ha tatt. Poenget er at brukerkunnskap og fagkunnskap skal likestilles i samhandlingen mellom profesjonell og pasient. Dette bygger på en ressursorientert tilnærming som tar utgangspunkt i at den hjelpetregende har unik kompetanse om seg selv, sitt liv og sin helse. En forutsetning i et ressursperspektiv er at vedkommendes egen erfaring må aksepteres som en valid form for kunnskap.

2.2.3.1 Dialogens betydning i empowerment-prosessen

Begrepet dialog er sammensatt av det greske "dia" som betyr "gjennom", og "logos" som betyr "ord", "tale", "resonnement" eller "fornuft". En dialog er en virksomhet som utøves gjennom ord, mellom to eller flere personer (Svare, 2008; Eidsvåg, 2005). Kontrasten til dialog kan arte seg som enveisbudskap, monolog og debatt. Monologen kan karakteriseres ved at det er én person som taler til en lyttende og taus forsamling. På samme måte som i monologen går debattanten til de andre med ett enveisbudskap som han eller hun ønsker å formidle. Debattanten er lite interessert i å få dette budskapet utfordret eller justert. Målet er å få de andre til å godta enveisbudskapet, ukritisk. Mens debatten preges av kamp, er dialogen i sin essensielle betydning samarbeid, sier Eidsvåg (2005). Debattanten ser sine samtalepartnere som motstandere, i dialogen betraktes de som likeverdige. I debatten er usikkerhet noe som er forstyrrende. Dialogdeltakere er ikke skråsikre og ser heller usikkerheten som en del av prosessen. Dialogen betinger at deltakerne godtar denne usikkerheten; deltakerne ser egne overbevisninger som foreløpige, og ikke evige sannheter, likevel kan de foreløpige sannhetene virke som de mest relevante inntil videre. På denne måten blir dialogpartene i stand til å justere egne overbevisninger, ifølge Svare (2008).

Ydmykhet og oppriktighet er helt grunnleggende for dialogen. Hvis en av samtalepartene mangler ydmykhet og oppriktighet, blir dialogen brutt (Svare, 2008; Eidsvåg, 2005). Shibbye (2009) sier at dialog forutsetter selvavgrensning. Det vil si at personene deler hverandres opplevelser og synspunkter fra hver sin separate posisjon, og hver sin psykologiske verden. Et likeverdig møte gir partene anledning til å utveksle tanker og meninger, uten at dette skjer som følge av den ene partens dominante press overfor den andre. Dette fordrer at helsepersonellet er innstilt på å gi og få, og der hun/han ikke nødvendigvis er den parten som vet best i enhver situasjon. Det handler også om å søke etter nye spørsmål, mer enn å produsere svar med to streker under (Shibbye, 2009; Stang, 2003). Det er også et poeng i seg selv å utvikle nye perspektiver som kan bidra til å åpne opp for flere nyanser og andre beskrivelser. Dialogen næres ofte ved å inneha en undrende holdning som bygger på empatisk evne og en genuin interesse for den andres liv og levnet (Svare, 2008; Eidsvåg, 2005).

Dialogaspektet i empowerment-tenkningen må forstås som et fenomen som skal vedlikeholdes og utvikles i seg selv. Konsekvensen blir at den profesjonelle må støtte seg til et annet verdigrunnlag enn den tradisjonelle ekspertrollen og enveisbudskap (paternalisme). Virkemidlene for å nå målet med empowerment på individnivå kan beskrives som bevisstgjøring og partnerskap (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007, Stang, 2003).

Partnerskap handler om at den profesjonelle bør stimulere pasienten til forståelse gjennom dialog, samvær og gjensidig påvirkning. Helsearbeiderens oppgave blir med andre ord å legge til rette for bevisstgjøring, videreutvikling og styrking av ferdigheter som allerede er tilstede hos pasienten. Tenkningen er knyttet til pedagogen Paulo Freires (1999) dialogundervisning hvor læreren er definert som en medvandrer. En slik synsvinkel tar utgangspunkt i at bevisstgjøring, motiver, læring og endring først og fremst er noe som skjer hos den hjelpetrengende selv (Svare, 2008). Maktdeling og innflytelse handler om pasientens opplevelse av relasjonen og den faktiske mulighet for medvirkning som pasienten har (Stang, 2003). Lignende aspekter vedrørende dialog og maktdeling blir også belyst i St.meld. nr. 28 (1999-2000), 2000):

”Til trass for at omsorgsrelasjonar er asymmetriske i utgangspunktet, viser studiar at det kan etablerast relasjonar som mottakarane kan oppfatte som jamstelte. Det beste målet på kvalitet, og i denne samanheng jamstelling, er korleis mottakaren oppfattar relasjonen til tenesteutøvarane” (St.meld. nr. 28 (1999-2000), 2000, s. 16).

2.2.4 Teori om empati

Evne til empati må ikke forveksles med evne til høflig interesse eller evne til å skape en jovial atmosfære, sier Gulbrandsen (2008). Empati betyr heller ikke det samme som sympati. I empatien ligger det en klar forståelse av forskjellen mellom seg selv og andre. Med empati menes å kunne forstå og bry seg om hvordan den andre har det. Likeså hva en hendelse eller situasjon betyr for en annen. Det innebærer også å kunne skille mellom egne behov og andres, og å sette en annen i fokus for sine handlinger. For eksempel via åpenhet og en ikke-dømmende holdning overfor den andre. Empatisk kommunikasjon impliserer evne til å holde seg selv tilbake og la den andre få fremstå i kraft av seg selv (Nerdrum, 2007; Cullberg, 2007; Håkonsen, 2009).

Empati har både en kognitiv og en følelsesmessig komponent. Den kognitive komponenten finnes i desentrering – evne til å se noe fra en annen synsvinkel enn ens egen (Cullberg, 2007; Håkonsen, 2009). Det vil si at helsepersonellet forsøker å se en situasjon fra pasientens perspektiv, normer, vurderinger og oppfatninger. Den følelsesmessige komponenten ligger i

opplevelsen av at pasienten betyr noe for den profesjonelle; pasientens ve og vel ligger den profesjonelle på hjertet. Men den profesjonelle kan leve seg inn i sinnsstemningen hos pasienten uten i noen vesentlig grad å blande inn sine egne ønsker og behov. Den kognitive komponenten må med andre ord være til stede – hvis ikke er det fare for at relasjonen utvikler seg til føleri. Samtidig er den følelsesmessige komponenten påkrevd; uten den kan relasjonen bli overfladisk, påtatt eller endog manipulerende, argumenterer Nerdrum (2007).

I empatien ligger også det å kunne vise sin forståelse – noe som ikke behøver å innebære at en er enig i alt pasienten gir uttrykk for. Forståelsen blir først og fremst oppfattet ikke-verbalt gjennom den holdning av respekt, oppmerksomhet og ektehet som helsearbeideren viser, sier Cullberg (2007). Med ektehet menes mangel på forstillelse, på falsk optimisme eller overlegen distanse. Det innebærer i stedet en innsikt i at den profesjonelle og pasienten har ulike, men likeverdige roller, og det foreligger en samhandlingssituasjon, poengterer sistnevnte forfatter (ibid.).

Aadland (2001) sier at empati knyttet til samhandling med pasienter ikke er noe man kan lære seg bare via kurs eller av bøker. Man kan lære om begreper og modeller for god samhandling og empati via bøker og kurs. Men empati i helsetjenesten er nært knyttet til praksis, til den daglige, faglige virksomheten – til hva man gjør og hvordan man er i møte med pasienter og pårørende. Empatien i en erfart relasjon kan ikke måles og veies objektivt, men det gjør ikke empatien i en erfart relasjon mindre viktig, sier Skau (2005). Vaglum (2007) fremhever at pasienter kan være usikre eller emosjonelt engstelige. Denne usikkerheten eller engstelsen forsterkes gjerne hvis pasienten opplever mangelfull empati fra helsepersonellet. Dessuten er pasienter ofte svært vare på signaler fra helsepersonell; den minste tvetydighet fanges ikke sjeldent opp av pasienter (Skau, 2005). Helsepersonells empatiske ferdigheter er en forutsetning for å etablere et adekvat kontaktforhold til pasienter, og å vise empati forutsetter igjen bevissthet rundt de nevnte aspekter (ibid.).

I profesjonelt arbeid vil empatiske holdninger og ferdigheter være en avgjørende faktor for kontakten som oppnås. Gjennom empatisk innlevelse i pasientens opplevelser og virkelighetsforståelse kan helsearbeideren etablere en relasjon, komme i dialog, hjelpe til å identifisere problemer og utforske mestringsmuligheter. Empati viser i denne forbindelse til den profesjonelles evne og ferdigheter til å formidle forståelse til pasienten. Det vil si både innlevelse i og forståelse for hva pasienten formidler, og å kunne gi denne forståelsen tilbake

til pasienten slik at pasienten opplever seg forstått og respektert (Skau, 2005; Aadland, 2001; Vaglum 2007; Cullberg; 2007; Håkonsen, 2009).

Empatisk kommunikasjon kan være utfordrende og vanskelig; det kan være mange feilkilder når helsepersonell skal lytte til og motta både verbale og nonverbale budskap (Håkonsen, 2009). Det er mange forhold som kan distrahere eller på andre måter hindre at budskapet kommer klart frem. Lyttingen kan være upresis og utilstrekkelig fordi helsepersonellet prøver å fortolke budskapet på et manglende grunnlag, sier Aadland (2001). Dessuten kan lyttingen også være underlagt og påvirket av den profesjonelles ubevisste sympatier og antipatier (Skau, 2005; Røkenes & Hansen, 2006). I samhandling fordres det derfor av helsepersonellet at hun eller han stiller spørsmål som fremmer bevissthet om egne verdier, normer og personlige erfaringer. I St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) understrekes det at helsepersonell utfordres til å klargjøre og bevisstgjøre sitt fagetiske ståsted i forhold til samhandlingssituasjoner med pasienter.

Hvordan helsepersonell henvender seg til - og snakker med pasienter kan være avgjørende for den informasjon helsearbeideren får fra vedkommende. Noen ganger, av forskjellige grunner, klarer ikke pasienter å gi utdypende svar på direkte spørsmål (Schibbye, 2009). Men pasienter kan både være villige og interesserte i å være med på å undre seg sammen med den profesjonelle. Helsepersonell kan ved å undre seg høyt sammen med pasienten få en klargjøring av vedkommendes situasjon og dens betydning. Dette er en mindre truende kommunikasjonsform enn direkte spørsmål, og skaper sjeldent defensive reaksjoner. Spørsmålene ligger ofte innbakt i undringen slik at konkret svar ikke kreves. Dette kan sette i gang refleksive prosesser hvor både den profesjonelle og pasienten selv undrer rundt situasjonen. Undringen kan for eksempel foregå mellom fortid og fremtid, men kan også brukes til å identifisere mestringsmuligheter. Slik empatisk kommunikasjon handler først og fremst om å dele opplevelser i øyeblikket, ikke om å fremme argumenter. Dessuten kan en slik kommunikasjon åpne ”blinde flekker” og legge til rette for vekting av hva som er viktigst å sette i fokus, ifølge Schibbye (2009).

For å kunne mestre problemer trenger mennesker ofte å se dem i et nytt lys. For å se problemer i et nytt lys trenger pasienter nye begreper eller en ny måte å bruke de gamle på (Skau, 2003). Hvis profesjonelle hjelpere bare er i stand til å se det samme som pasientene ser, kan det ikke inspirere til nye forståelsesmåter eller innfallsvinkler. Det handler om å

hjelpe pasientene til å komme videre. Utfordringen for den profesjonelle er å hjelpe pasienten til å "se tingene utenifra"; se noe mer eller mer nyansert enn det pasienten allerede ser. I dette perspektivet er ikke språk bare en forutsetning for makt, det er også en forutsetning for bevisstgjøring, empatisk kommunikasjon og frigjøring (Skau, 2005). Den konstruktive hjelperelasjonen preges selvsagt av imøtekommenhet, støtte og empati, men også av reflekterte spørsmål som gir mulighet for vekst (Tveiten, 2002).

Nordtvedt (2001) sier at empatiske holdninger er essensielt for god omsorg. Slike holdninger har en egenverdi i kommunikasjon med pasienten. Men den gode holdningen som uttrykkes gjennom blikkets vennlighet, talens tone, de undrende spørsmål eller håndens varsomhet, er ikke uavhengig av ytre institusjonelle og økonomiske rammer; tidspress kan slå inn, påvirke en holdning, forandre en stemning eller sette en annen tone i relasjonen. Med andre ord kan effektivitetspress eller knapphet på tid forringe kvaliteten i relasjonen mellom helsearbeider og pasient (Vaglum, 2007).

2.2.5 Teori om kongruent kommunikasjon

Et viktig kjennetegn ved god kommunikasjon er kongruens, fremhever Skau (2005).

Kongruens i kommunikasjonssammenheng betyr ekthet og samsvar. Når ens følelser, ord og handlinger samsvarer med hverandre, er ens kommunikasjon kongruent – man sender da samstemte budskap verbalt og nonverbalt. Det motsatte er inkongruens. Inkongruente budskap kan oppleves forvirrende for mottakeren, eller pasienten i denne sammenhengen, fordi budskapet spriker i flere retninger: Et blick, en liten latter, en gest, ansiktsuttrykk, intonasjon eller en bestemt kroppsholdning kan undergrave det den profesjonelle sier. Nonverbale budskap kan også bekrefte og forsterke det helsearbeideren sier, eller gi viktig informasjon som utfyller ordene (Skau, 2005; Røkenes & Hansen, 2006).

Kongruent kommunikasjon bidrar til å skape tillit, åpenhet og utvikling i en relasjon, ifølge Skau (2005). Det er imidlertid ingen mennesker som er kongruente i ett og alt, man er kongruente i større eller mindre grad i en bestemt relasjon eller en bestemt situasjon (Håkonsen, 2009; Røkenes & Hansen, 2006; Rogers, 2003). Uforstilt – eller kongruent – kommunikasjon handler først og fremst om bevissthet, sier Skau (2005). Selvinnsikt og refleksjon over egne handlinger er essensielt for å unngå at den profesjonelle projiserer egne

følelser og behov over på pasienten. Selverkjennelse og refleksjon har igjen avgjørende betydning når det gjelder å utvikle både empati og autentisitet (Cullberg, 2007; Skau 2005). Rogers (2003) understreker at i arbeid med mennesker er selvinnsikt hos den profesjonelle av essensiell betydning, og lister opp følgende spørsmål som den profesjonelle er tjent med å ha et reflektert forhold til:

“To what extent do we have a need and desire to dominate others? Are we willing for the individual to select and choose his own values, or are our actions guided by the conviction (usually unspoken) that he would be happiest if he permitted us to select for him his values and standards and goals?” (Rogers, 2003, s. 20).

Empatisk oppmerksomhet gjør det mulig for helsepersonell å lytte til hva pasienten uttrykker, både verbalt og nonverbalt, sier Eide og Eide (2007). Nonverbale signaler i kommunikasjonssammenheng kan arte seg som ansiktsuttrykk, blick, stemmehøyde, intonasjon, øyekontakt, kroppsbevegelser, gester og lignende. Den nonverbale kommunikasjonen er som regel ikke overlagt og planlagt, slik den verbale kommunikasjonen oftest er (Håkonsen, 2009). Gester og ansiktsuttrykk er ofte mer spontane og følges mer av personens følelsesmessige opplevelser av situasjonen. Av den grunn vil nonverbal kommunikasjon ha en spesiell plass i relasjoner. Ikke sjeldent betyr slike signaler mer enn de ordene som sies. Nonverbale signaler kan noen ganger erstatte ordene, men det vanlige er at de fyller ut og gir en ytterligere forståelse av det verbale budskapet. Mange følelsesmessige tilstander – sinne, usikkerhet, glede sorg og angst – har sine nonverbale uttrykksformer (Røkenes & Hansen, 2006)

Den profesjonelles utfordring er å søke å forstå – eller snarere å fortolke meningen som en annen sender via den nonverbale kommunikasjonen, men uten å legge mer i atferden enn det pasienten ønsker å formidle (Eide & Eide, 2007). Nonverbal kommunikasjon kan noen ganger være tvetydig og vanskelig å fortolke, andre ganger mer åpenbar. Men den profesjonelle må alltid ha i mente mangetydigheten av nonverbal kommunikasjon. Innsikten og veien til forståelse er ofte situasjonen eller konteksten. For å forstå nonverbal kommunikasjon må den profesjonelle lytte til helheten og ikke bare feste oppmerksomheten på enkeltdeler. Et smil eller en håndbevegelse kan være en viktig informasjonskilde. Men det kan også være mindre

vesentlig fordi det er andre forhold i situasjonen eller konteksten som forklarer de nonverbale uttrykkene, sier Håkonsen (2009).

2.3 Oppsummering av tidligere forskning og teori

Oversikten over tidligere studier viser at det finnes relevant forskning knyttet til temaet i min masteroppgave. Studiene det refereres til viser at relasjonsaspektet, samtalen, evne til å tilrettelegge for dialog, maktdeling og kompetanse til å veilede har stor betydning i en omsorgsrelasjon mellom helsearbeider og pasient (Nuland, Hannes, Aertgeerts og Goedhuys, 2008; Hendersons, 2003; Tveiten, 2005; Eldth, Ehnfors og Ekman, 2006). Opplevelse av anerkjennelse og trygghet beskrives som viktig for utvikling av tillit (Kettunen, Poskiparta og Karhila, 2003). Imidlertid indikerer noen av studiene at mindre heldige kommunikasjonssituasjoner kan bidra til usikkerhet og stress hos pasienter (Bostrøm, 1999; Sandanger, 2009; Hendersons, 2003).

Empowermenttenkningen, brukermedvirkning og anerkjennelse av at pasienter har rett til å medvirke i behandling på tross av sykdom eller funksjonstap, har fått en sentral plass i helsepolitiske føringer og lover (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006; St.meld. nr. 28 (1999-2000), 2000; NOU, 1998; Lov om pasientrettigheter, 1999; Lov om helsepersonell, 1999). Det handler om å etablere en relasjon der hjelper og pasient aktivt engasjerer seg i en samhandling med sikte på deltakelse og mestring. Nøkkelord i denne prosessen er likeverdighet, dialog, makt, språk, tillit, empati, samarbeid, kvalitet, trygget, rettferdighet, respekt for pasientens autonomi, integritet og medvirkning. Helsearbeiderens oppgave blir med andre ord å legge til rette for bevisstgjøring, videreutvikling og styrking av ferdigheter som allerede er tilstede hos pasienten (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2005; Andrews, 2003; Stang, 2003).

I St.meld. 26 (1999-2000) understrekes det at helsepersonell har et særs ansvar i å bevisstgjøre seg etiske retningslinjer i forhold til de ovennevnte aspekter. Verdier som omsorg, rettferdighet og velgjørighet er alle uten klare grenser. De kan heller sies å være avhengig av kontekst og situasjon. Dette stiller igjen krav til samhandlingskompetanse og bevissthet hos helsepersonellet (Aadland, 2001; Skau, 2005; Vaglum, 2007). Teorikapitlet belyser også betydningen av hvordan tidsaspektet kan gjøre seg gjeldende i

samhandlingssituasjoner mellom helsepersonell og pasienter (Nordtvedt, 2001; Vaglum, 2002).

3.0 Metodologi

I dette kapitlet blir det gjort rede for forskningsdesign, vitenskapsteoretisk tilnærming, valg av informanter, forberedelse til intervju, gjennomføring av intervju, transkribering og analyse og til slutt etiske aspekter.

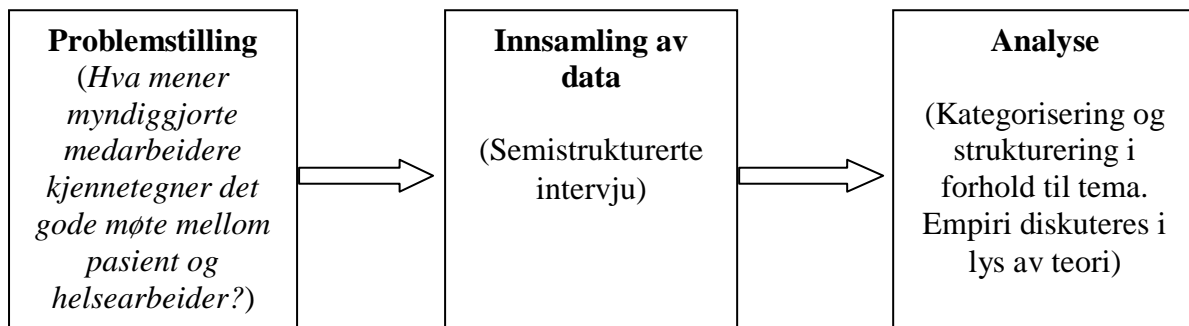
3.1 Forskningsdesign

Valg av forskningsdesign omfatter både valg av tema, metode for datainnsamling og analyse av datamaterialet (Ringdal, 2001). Halvorsen (2008) understreker at før valg av metode, må man ha tenkt gjennom hva metoden skal brukes til og hva man ønsker å få svar på. Det betyr at problemstillingen og formålet med oppgaven vil være styrende for hvilken metode man velger (ibid.). Målet for denne masteroppgaven er å få belyst problemstillingen: *Hva mener myndiggjorte medarbeidere kjennetegner det gode møte mellom pasient og helsepersonell?* Det vil si at jeg søker forståelse og innsikt i informantens perspektiver vedrørende samhandling med pasienter i deres yrkeskontekst. En slik tilnærming til en studie kan karakteriseres som en induktiv tilnærming (Halvorsen, 2008).

Malterud (2003) fremhever at enhver forskningsprosess representerer en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming. En deduktiv tilnærming kan generelt beskrives som en teoristyrt tilnærming; top- down. Ved en slik tilnærming tar man utgangspunkt i foreliggende teorier, og går ovenfra og ned i datamaterialet for å finne svar. Denne studien bygger hovedsakelig som ovennevnt på en induktiv tilnærming; bottom-up. Det vil si at tilnærmingen i all hovedsak er datastyrt, i den forstand at jeg går fra de empiriske dataene – nedenfra og opp – for å finne svar (bottom-up). Da er det datamaterialet som leverer begreper og kategorier. Begreper og kategorier som kan brukes til å klassifisere fenomener som foreløpig ikke har vært presist avgrenset, med andre ord en induktiv tilnærming (Malterud, 2003; Halvorsen, 2008).

På tross av at denne studien i hovedsak bygger på en induktiv tilnærming (bottom-up), vil også denne studien bære preg av en deduktiv tilnærming. Dette fordi jeg møter undersøkelsesfeltet med en intervjuguide (Malterud, 2003). Selv om intervjuguiden er åpen (semistrukturert), kan den sees på som en hjelp til en forhånds-strukturering av data

(Jacobsen, 2003). Dessuten kan man ikke som forsker frigjøre seg fra sin teoriimpregnerte for-forståelse (Gilje & Grimen, 1993). Det vil si fra de brillene man er vant til å se, forstå og fortolke verden gjennom; en for-forståelse som er deduktivt preget (Malterud, 2003). I figur 3 under er min induktive tilnærming illustrert.



Figur nr. 3 (Modifisert utgave av Jacobsens figur, 2003, s. 39)

3.2 Hermeneutikk som vitenskapsfilosofi

Hermeneutikken har ulike tradisjoner. Felles for de ulike tradisjonene kan sies å være synet på språkets betydning som den viktigste budbæreren av kunnskap mennesker imellom. Fra å ha blitt anvendt innenfor teologi i den hensikt å tolke og forstå bibelske tekster i lys av ens samtid, har hermeneutikken utviklet seg i flere skoleretninger. De tyske filosofene Friedrich Schleiermacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911) betraktes som de moderne hermeneutikkens fedre. Disse utviklet hermeneutikk til ikke å være bare et felt for teologi, litteratur og jus, men også et grunnlag for forståelse mennesker imellom (Dahlberg, Dahlberg & Nystrøm, 2008; Gilje & Grimen, 1993).

Dahlberg et al. (2008) fremhever at hermeneutikk og fenomenologi er beslektede begreper.

Fenomenologi er læren om hvordan noe viser seg; om det umiddelbart erfarte.

Fenomenologien har sitt fokus på den sansete erfaringen, og en livsverden av personlige

erfaringer, følelser og forventninger. Fenomenologiens målsetning er å beskrive den

subjektive forståelse fra aktørens eget perspektiv (Kvale & Brinkman, 2009; Dahlberg et al.; 2008).

Jeg erkjenner å inneha begrenset kunnskap om hermeneutikk og fenomenologi som filosofi og forskningsmetode. Hermeneutikk og fenomenologi benyttes derfor som en generell teori i tekstanalysen i studien. Det som er viktig for mitt vedkommende er i størst mulig grad å sikre at empirien fra studien faktisk bygger på informantens egne erfaringer relatert til forståelse og innsikt i informantens perspektiver. Likeledes at fortolkningene er i tråd med informantens utsagn, og at jeg begrunner fortolkningene, jamfør en hermeneutisk fortolkningsprosess (Kvale & Brinkman, 2009; Dahlberg et. al.; 2008; Thagaard, 2003).

Sentralt i hermeneutisk fortolkningsprosess er at forskeren som forsøker å forstå, deltar aktivt i forståelsesprosessen ved å bruke sin forståelseshorisont til å skape ny forståelse. Forskeren bruker seg selv aktivt som et middel til å få informasjon (Kvale & Brinkman, 2009; Thagaard, 2003). Forståelsen av en hendelse eller en tekst, kan aldri være uavhengig av den historiske sammenheng som hendelsen eller teksten er knyttet til, og den historiske sammenhengen forskeren befinner seg i. Eller som Dahlberg et al. (2008) uttrykker det: "What appears true in a certain context at a certain time may be false in a another context or another time". (s. 78). Patton (2002) sier at situasjon, kontekst og for-forståelse er nøkkelbegreper i all hermeneutisk analyse. Som en konsekvens av dette vil min for-forståelse prege fortolkningen av de dataene studien frembringer.

3.3 For-forståelse

For-forståelsen i denne studien er bygd på min erfaringsbakgrunn, holdninger jeg har ervervet og formell utdanning etc. Dette preger hvordan jeg for-forstår og tilnærmer meg undersøkelsesfeltet og temaet. Likeledes vil min for-forståelse influere på det som blir sagt, nedskrevet, tolket og analysert. Dette kan relateres til hermeneutikken eller den hermeneutiske sirkel, der konteksten ikke er uavhengig av den person som tolker. I lys av den hermeneutiske sirkel vil også for-foståelsen endres og utvikles ettersom jeg erverver nye erfaringer fra undersøkelsesfeltet eller temaet.

Min interesse for kommunikasjon og samhandling bygger på min arbeidserfaring innen psykiatrien. Mitt ansvarsområde i denne sammenheng har vært som ergoterapeut i et behandlingsteam, med fokus på samarbeid med pasienter som har ulike diagnoser og aktivitetsproblemer. I den forbindelse kan det også nevnes at jeg har erfaring fra frivillig

arbeid, nærmere bestemt i Kirkens SOS. I begge disse nevnte kontekster har jeg erfart hvor utfordrende det kan være å legge til rette for god kommunikasjon og samhandling. God kommunikasjon handler om å kunne tilrettelegge for tillit; tillit som utgangspunkt for samhandlingen. Imidlertid er dette ofte lettere sagt enn gjort. I dette perspektivet tror jeg at den konstruktive hjelper først og fremst vil møte pasienten som et medmenneske, og ikke bare vektlegge diagnose. Dette handler igjen om etisk bevissthet i samhandlingen, som igjen handler om refleksjon over egen fremtoning og holdninger til de man samhandler med. Det sier seg selv at slike aspekter vedrørende samhandling ikke er noe man bare kan lære seg via bøker, forskrifter eller kurs. Samhandlingskompetanse i helsetjenesten er nært knyttet til praksis, til den daglige, faglige virksomheten – til hva man gjør og hvordan man er i møte med pasienter. Av disse grunnene finner jeg det interessant å undersøke og lære hvordan andre helsearbeidere tenker og praktiserer samhandling i en profesjonell kontekst.

For øvrig finner jeg temaet kommunikasjon mellom helsearbeidere og pasienter interessant av følgende grunner: For det første har jeg et generelt inntrykk av at samhandling mellom profesjonelle og brukere av offentlige helsetjenester ikke alltid er optimal. Denne antakelsen gjenspeiles også i offentlige dokumenter og forskningsartikler (se kapittel 2). For det andre finner jeg det interessant å sammenlikne empiri fra helsearbeideres erfaringer med kommunikasjonsteori og offentlige forskrifter for profesjonell kommunikasjon med pasienter. For det tredje bygger min for-forståelse på den holdning at kommunikasjon, samhandling og evnen til å møte forskjellige mennesker i forskjellige situasjoner er noe man alltid kan bli bedre på. Dette gjelder særlig i rollen der man opptrer som profesjonell.

3.4 Valg av intervjupersoner

Som nevnt i innledningen faller de ansatte ved korttidsavdelingen innunder benevnelsen *myndiggjorte medarbeidere*. Inklusjonskriteriet i dette perspektivet blir de som deltar i prosjektets organisering som omhandler refleksjonsgrupper/kvalitetssirkler hver 14. dag. Med utgangspunkt i dette er åtte informanter blitt rekruttert til å delta. Rekrutteringen av informanter foregikk gjennom hovedprosjektleder ved Lørenskog undervisningssykehjem via telefonkontakt og ved at jeg sendte forespørsel sammen med informert samtykke (se vedlegg 1 og 4).

I en kvalitativ studie er det viktig å fremskaffe et adekvat utvalg av intervjupersoner. Det vil si et strategisk utvalg som vil være tilstrekkelig til å belyse prosjektets problemstilling (Kvale & Brinkman, 2009). Et strategisk utvalg kan bidra til å sikre bredde og dybde i det aktuelle tema (Thagaard, 2003). I denne studien er det tatt utgangspunkt i åtte informanter som er intervjuet i forhold til det aktuelle tema. Det ble antatt at flere intervjuer ikke ville gi ytterligere ny informasjon om temaet som ble studert. Empirien som ble innhentet, ble vurdert til å inneholde nok data til å gjennomføre en dyptgående analyse (jf. Kvale & Brinkman, 2009; Thagaard, 2003).

3.5 Forberedelse av intervju

Det semistrukturerte intervju kjennetegnes ved at man på forhånd har satt opp hovedspørsmål eller tema uten å fastlegge spørsmålsformuleringene i detalj (Malterud, 2003). Jeg hadde med andre ord utarbeidet en intervjuguide i stikkordsform med relevante tema i forhold til undersøkelsens forskningsmål. Formålet var å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål som kan belyse problemstillingen (jf. Kvale & Brinkman, 2009; Thagaard, 2003).

I en intervjusituasjon blir både aktørene og det fysiske miljøet en del av konteksten. Kvale og Brinkman (2009) sier at det er av stor betydning at forskeren har vurdert betydningen av hvor et intervju skal finne sted. Hensikten er at informanten skal føle seg fri til å snakke åpent om relevante temaer i den fysiske konteksten intervjuet finner sted. Når det gjelder selve relasjonsaspektet i en intervjusituasjon, argumenterer sistnevnte forfattere for en helhetlig forståelse av intervjusituasjonen. Det vil si at jeg er meg bevisst at intervjuet innebærer både intellektuelle og følelsesmessige aspekter. Thagaard (2003) fremhever at et sterkt fokus på den tekniske siden av datainnsamlingen lett kan skygge for den mellommenneskelige siden i et intervju.

Som deltaker i forskningsprosjektet er forskeren sitt eget forskningsinstrument, sier Thagaard (2003). Derfor er det viktig å reflektere over den innflytelsen jeg kan ha over intervjusituasjonen og hvordan jeg kan bli påvirket av informantene. Utfordringen i intervjusituasjonen er særlig knyttet til at jeg lykkes i å skape en atmosfære som innbyr til fortrolighet. I denne studien er intervjusamtalen et middel til å innhente data. Således er

intervjuet preget av ensidig fortrolighet - det er bare informanten som er åpen og fortrolig. Relasjonen mellom intervjuer og informant er asymmetrisk, det vil si at det er jeg som styrer intervjusamtalen for å få informasjon om de temaene prosjektet handler om. De valgene jeg tar om hvordan de enkelte temaene kan utdypes, er basert på tolkninger jeg gjør i løpet av det semistrukturerte intervjuet. Sett fra en annen side er jeg avhengig av at informanten er villig til å være åpen om sine synspunkter og erfaringer (jf. Thagaard, 2003). Informanten har således kontroll over hva hun/ han ønsker å fortelle meg. I dette perspektivet er den grad av tillit jeg klarer å bygge opp i forhold til informanten avgjørende for den informasjonen undertegnede får tilgang til (ibid.).

Halvorsen (2008) anbefaler som en del av planleggingsfasen å teste ut intervju spørsmål for å se hvordan de forstås og om de virker naturlige. Med andre ord en pilotstudie. I studien ble det brukt et halvstrukturert intervju med en tilhørende intervjuguide med åpne spørsmål angående studiens tema. Det ble foretatt to pilotintervjuer i forberedelsesfasen med to forskjellige intervju personer. Erfaringen fra pilotintervjuene medførte noen endringer i intervjuguiden. Det ene var at ordlyden i ett intervju spørsmål ble endret på grunn av at det bar preg av en akademisk sjargong. Den andre endringen var at jeg ble mer klar over viktigheten av å holde fokus på åpne oppfølgingsspørsmål i form av; ”kan du si litt mer om dette; ”gjærne fortell litt mer om”; ”dette var interessant” og lignende (jf. Thagaard, 2003; Ryen, 2002; Kvale & Brinkman, 2009). (Se intervjuguide, vedlegg 3).

3.6 Gjennomføringen av intervju

Intervjuene ble gjennomført over en periode på 14 dager. Alle åtte intervjusamtalene ble gjennomført i ett separat lukket rom ved informantenes arbeidsplass. Ved innledningen av hvert intervju ble informantene informert om hva som skulle skje. De hadde på forhånd mottatt skriftlig forespørsel om deltakelse (se vedlegg 1). Jeg spurte om de hadde noen spørsmål vedrørende det informerte samtykkeskjemaet. Ingen av informantene hadde noen innvendinger mot det. Likevel valgte jeg i en innledningsfase å oppsummere hovedaspektene i det informerte samtykkeskjemaet. Det vil si informantene ble påminnet om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å gi noen begrunnelse for det, og at jeg ville bestrebe seg på i størst mulig grad å anonymisere informantenes uttalelser og synspunkter i skriftliggjøringen (transkriberingen) av datamaterialet. I tillegg ble de påminnet om at alle de digitale opptakene

fra intervjuene ville bli slettet innen desember 2010. Det samme gjelder de stikkordsnotatene som jeg tok under intervjuene.

Videre som en innledningsfase fortalte jeg kort om meg selv med det formål å fremme en atmosfære som skulle gjøre det lettere for intervjupersonene å være åpne i forhold til de spørsmål jeg stilte. For øvrig kan det opplyses om at en mugge med vann og vannglass var på vårt fellesbord, som vi kunne forsyne oss av.

Avslutningsvis ble det oppsummert hovedtemaene som den enkelte informant hadde gitt uttrykk for, slik at intervjupersonene hadde mulighet til å korrigere innholdet. Det vil si en form for validering av informantenes ytringer (jf. Thagaard, 2003). Hovedtemaene noterte jeg fortløpende i form av stikkord i hvert underintervju. Ved disse oppsummeringene ble det gjort noen endringer av tolkningen. Informantene ble også gitt mulighet til å si noe om hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Dessuten gav jeg uttrykk for at den enkeltes informants deltakelse opplevdes som givende i nyttig i forhold til gjennomføring av studien, og takket for deltakelsen.

3.7 Transkripsjonen

Ifølge Patton (2002) kan ikke intervjudata gjøres tilgjengelig for analyse før informasjonen dataene formidler blir systematisert og gjort sammenlignbare. Analysefasen startet med at alle intervjuene, som var tatt opp med digital opptaker, ble transkribert. Ideelt sett er det i følge litteraturen mest hensiktsmessig å foreta transkriberingen rett etter at intervjuene er gjennomført, mens inntrykkene er ferske (Thagaard, 2003; Malterud, 2003; Patton, 2002). Denne anbefalingen ble dessverre ikke etterlevd til det fulle i denne studien. Det vil si at intervjuene bare ble delvis transkribert rett etter intervjuene. Imidlertid ble alle intervjuene samlet sett når de var ferdig, transkribert ordrett og fullt ut. Malterud (2003) sier at transkripsjonen i størst mulig grad skal ivareta de opprinnelige data, slik at informantens erfaringer og meninger kommer frem. Likevel vil muntlig tale omgjort til tekst fordreie hendelsen noe; det er enkeltintervjuene, de faktiske hendelsene som er rådata. Men skriftliggjøringen har hatt som mål å fange opp i størst mulig grad det informantene har ønsket å meddele. Lengden på hvert enkelt intervju varierte fra 22 minutter til 65 minutter. Transkripsjonene ble til sammen på 41 A4 sider med linjeavstand halvannen.

Hvert enkelt intervju ble transkribert ordidentisk, men dialekter ble transkribert på bokmål. Videre ble det valgt å skrive inn noe non-verbal kommunikasjon i form av latter, nøling og ettertenksomhet for bedre forståelse av konteksten. Pauser ble markert med to eller flere punktum, avhengig av pausens varighet, og ord som var spesielt vektlagt ved hjelp av stemmestyrke eller tonefall ble markert i **fet**. I tillegg kan det opplyses om at noen uttalelser i råmaterialet ikke er forstått, eller de er vanskelige å tolke. Disse uttalelsene ble transkribert i *kursiv*, men naturlig nok utelatt i analysen.

3.8 Analysemetode

Patton (2002) sier at situasjon, kontekst og for-forståelse er nøkkelbegreper i intervjuanalyse. Når analysen utføres, gjøres dette i forhold til prosjektets problemstilling og forsknings-spørsmål. Forfatteren sier videre at:

“Analysis is the process of bringing order to the data, organizing what is there into patterns, categories, and basic descriptive units [...]. Interpretation involves attaching meaning and significance to the analysis, explaining descriptive patterns, and looking for relationships and linkages among descriptive dimensions” (Patton, 2002, s. 4).

Thagaard (2003) sier at dataene fra et semistrukturert intervju må transkriberes til tekst. Teksten vil beskrive utsagn eller perspektiver informantene har formidlet. I denne teksten, som er en ordidentisk transkripsjon fra tale, vil jeg søke meningsfortolkning gjennom relevante teorier. Når undersøkeren tolker det nedskrevne tekstmaterialet, forsøker jeg å få frem mening ved hjelp av andre og nye uttrykk. Målet er å uttrykke det transkriberte tekstmaterialets mening på en (forhåpentlig) klarere måte. Dette er mulig fordi mening og uttrykk kan skilles. Dahlberg et. al. (2008) sier det slik:

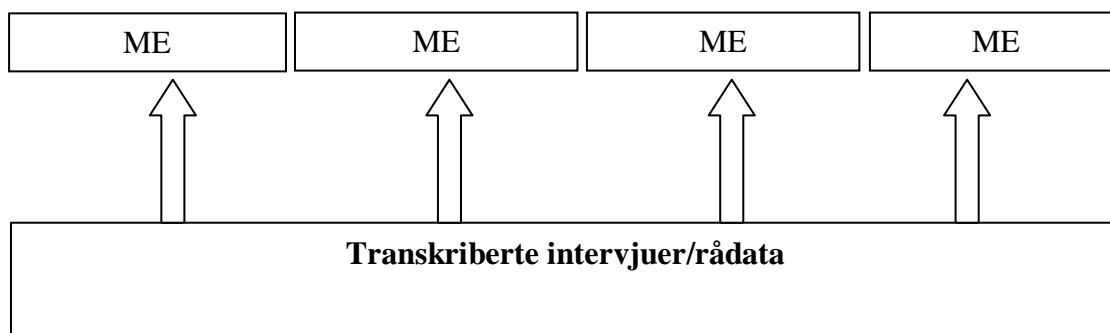
“We cannot talk about experiences without talking about meaning at the same time. There is meaning already when we begin to understand what we experience. Meaning comes in the same package as experience, so to speak. Meaningful experiences belong to the

lifeworld and everyday manner in which we live our lives, being researchers or not” (s. 90).

Patton (2002) fremhever at å ta med alt i en fortolkning er en tilnærmet umulig oppgave. Dessuten vil en slik fortolkning trolig vise seg å være lite forskningsmessig interessant. Det som er av betydning i det transkriberte tekstmaterialet, kan imidlertid bare bli tydeliggjort etter at undertegnede har studert rådataene grundig. Det er derfor nødvendig å ta tak i det tekstmaterialet som gir svar på problemstillingen, og legge bort resten. Men før dette skjer, må undertegnede være fortrolig med innholdet i teksten, slik at jeg har innsikt i hva som er relevant og ikke. Da sitter jeg igjen med et råmateriale som er forsøkt tolket etter beste evne, tid og andre omstendigheter tatt i betraktning under arbeid med masteroppgaven. Ryen (2002) sier også at det er viktig at man som undersøger viser innlevelse og ferdigheter til å lytte til datamaterialet i fortolkningsprosessen. Dette er nødvendig for å fremskaffe det nødvendige helhetsinntrykk.

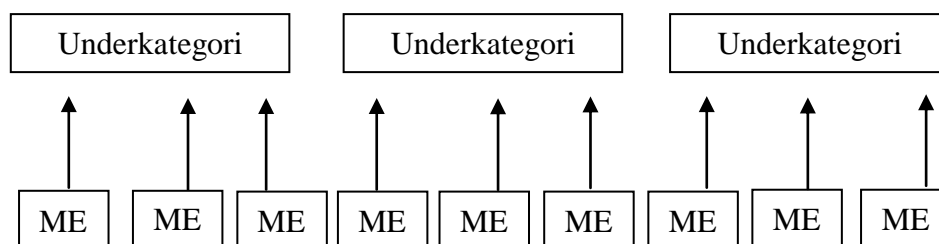
For å bringe orden, struktur og mening i de innsamlede data, ble transkripsjonene først lest gjentatte ganger, for å få en helhetsforståelse i det som var blitt sagt (jf. Ryen, 2002; Kvale & Brinkman, 2009). Deretter ble det lett etter ord, setninger og avsnitt med relevans til oppgavens tema. Denne prosessen har ført til en reduksjon av råmaterialet, der det som er funnet relevant av råmateriale har blitt samlet til meningsfulle enheter (ME). Dette har vært en ikke-lineær prosess, men heller en prosess der jeg har pendlet mellom spørsmål og svar, mellom helhet og del i råmaterialet, og mellom for-forståelse, fortolkning og forståelse.

Funn av ord, setninger og avsnitt med relevans til forskningsspørsmålet beskrives som meningsfulle enheter (ME), som nevnt ovenfor. Dette kan illustreres som følger i figur 3.1.



Figur 3.1 (Modifisert utg. fra Ryen, 2002, s. 148).

I det første utkastet ble ca. 59 ME identifisert, men jeg endte opp med 36 etter ytterligere analyse og sammenslåing av ME. Den videre abstraheringen av data gikk fra ME til underkategorier, det vil si en tematisering av ME til et høyere abstraksjonsnivå. Tilblivelsen av underkategoriene kan illustreres slik:



Figur 3.2 (Modifisert utg. fra Ryen, 2002, s. 148).

Ut fra resultatet fra underkategoriene ble det foretatt ett siste abstraksjonsnivå, kalt hovedkategorier. Det endelige resultatet endte med tre hovedkategorier, se illustrasjon i hovedkapittel 4. Imidlertid kan det opplyses om at det stadig er foretatt endringer og omplasseringer av ME og underkategorier ettersom ny forståelse av råmaterialet har vokst frem. Min hensikt med intervjuanalysen er som følger:

- Fylle de meningsfulle enhetene med innhold, det vil si å illustrere sitater med relevans i forhold til problemstillingen.
- Dele opp intervjudataene i relevante tema i henhold til problemstillingen.
- Beskrive forskjeller og likheter i persepsjon hos informantene, der det faller naturlig i forhold til oppgavens tema.
- Sette funn og fortolkninger i en større sammenheng ved hjelp av teori og tidligere forskning.

Den endelige analysen som presenteres av rådata i neste hovedkapittel (kapittel 4), legges frem i den erkjennelse av at noen av de meningsfulle enhetene kan passe under flere underkategorier. For øvrig kan det opplyses om at det presenterte resultatet av analysen er omarbeidet en rekke ganger. Det innebærer også at kritiske innspill og råd fra mine veiledere er forsøkt tatt til etterretning. Det samme gjelder de tilbakemeldingene som er mottatt fra medstudenter.

Analyse og tolkning er ikke isolerte prosesser, men noe som gjennomsyrrer hele intervjuundersøkelsen (jf. Ryen, 2002). Sammenfattende meningsfortolkning blir presentert i kapittel 4. Funn og fortolkninger blir diskutert i lys av teori og tidligere forskning i kapittel 5.

3.9 Etiske aspekter

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg nr. 2). Studien genererer ikke opplysninger av sensitiv karakter, og er av den grunn ikke meldepliktig til Regional etisk komité (vedlegg nr. 2). Når det gjelder etiske aspekter, er det noe som må reflekteres over fra begynnelse til slutt i utøvelse av en studie (Jacobsen, 2003; Malterud, 2003). Gjennom å beskrive hva jeg har tenkt, planlagt og utført, har jeg bestrebet meg på å utøve et vitenskapelig ansvar og en etisk bevissthet i gjennomføringen av studien, gjennom ivaretagelse av informantenes konfidensialitet og integritet, samt dokumentasjon og refleksjon over fremgangsmåten. Disse etiske vurderingene har sin bakgrunn i Helsinkideklarasjonen¹ (Malterud, 2003).

¹ ”Forsøkspersonens helse og integritet går her foran hensynet til forskningen” (Malterud, 2003, s. 194).

Det er alltid en fare for at informanter skal føle seg presset til å delta, ytre de svarene de tror forskeren vil høre, eller at informantene uttrykker seg mer positivt enn det de faktisk føler og mener (Thagaard, 2003). I denne studien var det hovedprosjektleder ved Lørenskog undervisningssykehjem som rekrutterte informanter. Det kan ikke utelukkes at dette kan ha påvirket friheten til å velge å delta som informant eller ikke (jf. Jacobsen, 2003).

Hvert intervju startet med at jeg presenterte meg selv, og jeg gjentok muntlig det som sto skissert i det informerte samtykket (samtykkeskjema, vedlegg 1). Deretter ble det spurt om informanten hadde noen innvendinger eller lignende i forhold til det informerte samtykket. Ingen av informantene hadde noe å innvende angående mottatt informasjon. Likevel valgte jeg å gjenta muntlig det som stod i det informerte samtykkeskjemaet, med spesiell vekt på at informanten kunne trekke seg fra studien når som helst – uten å begrunne hvorfor. Grunnen til dette var at jeg ville bygge opp om symmetri og delt makt i intervjusituasjonen. Dette bygger igjen på den antakelse at symmetri bygger opp under trygghet i intervjusituasjonen, og at trygge informanter vil føle seg fri til å kunne ytre sine perspektiver og meninger (jf. Løgstrup, 2008; Shibbye, 2009; Heggen & Mjell, 1997; Skau, 2003).

Ivaretagelse av konfidensialitet ble ivaretatt ved at samtykkeskjemaer, digitale opptak og transkripsjoner ble oppbevart nedlåst. Så snart masteroppgaven godkjennes av Høgskolen i Akershus vil datamaterialet makuleres og alle personidentifiserende opplysninger slettes. Det vil si at lydopptak og samtykkeerklæringer slettes innen desember 2010.

Det ble ikke brukt navn under transkripsjonene. Informantene deltok i undersøkelsen innenfor sin arbeidstid, hvilket nok medførte at kollegaene på avdelingen hadde kjennskap til hvem som deltok i prosjektet. Sett fra en annen side var det åtte som deltok i undersøkelsen, og alle transkripsjoner er forelagt på bokmål. Ingen ytringer er relatert til yrkestittel, kjønn, alder eller lignende identifikasjonsmarkører. Av den grunn er det nok vanskelig å identifisere den enkelte i intervjudataene.

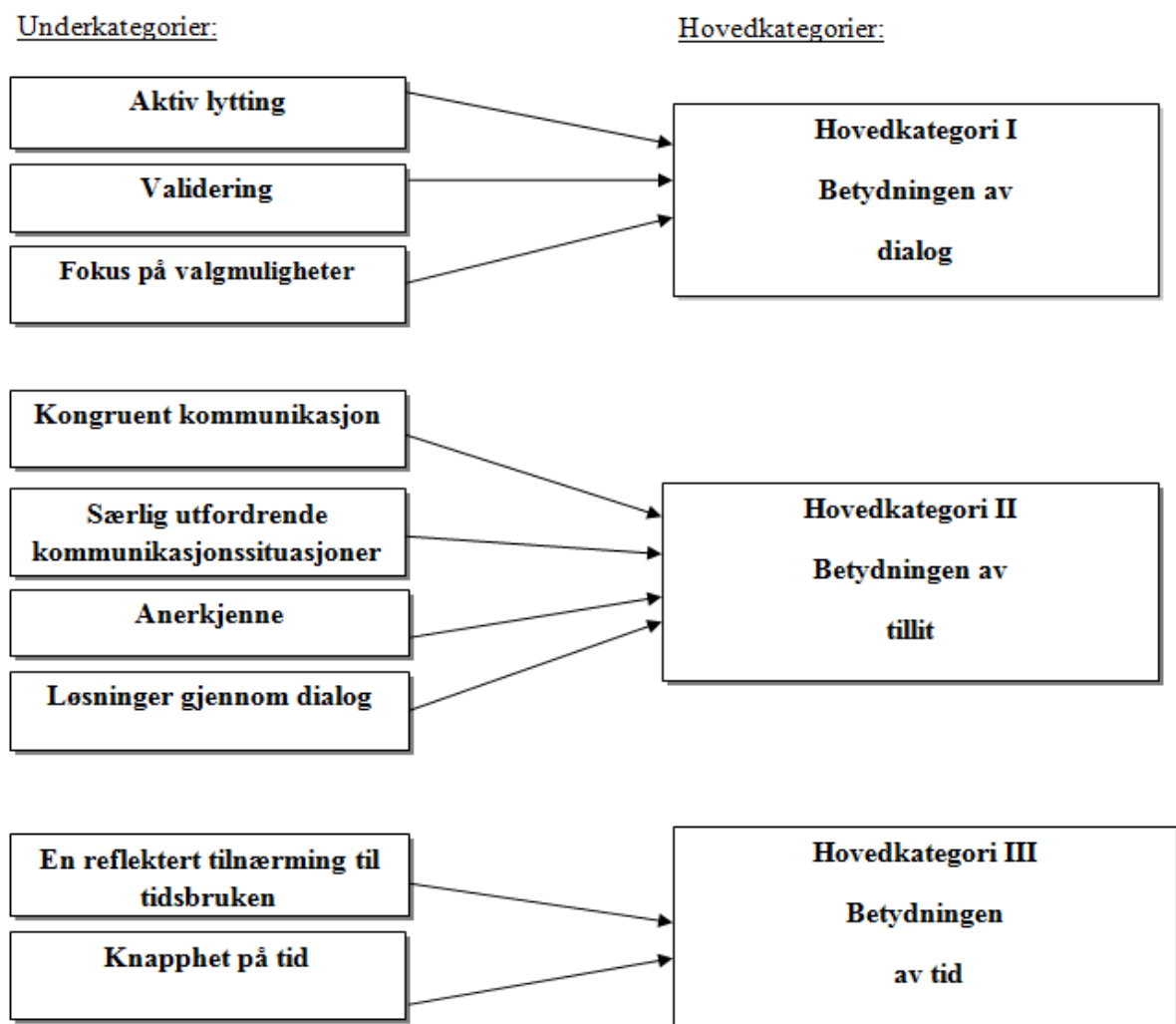
I utgangspunktet antas temaet i undersøkelsen ikke å være støtende eller av sensitiv karakter. Imidlertid understreker flere teoretikere at tolkning av innsamlet intervjudata, kan innebære etiske dilemmaer (Thagaard, 2003; Malterud, 2003; Gilje & Grimen, 1993). Jeg tolker informantenes perspektiver og meninger gjennom teori, tidligere forskning, for-forståelse og kontekst. I dette perspektivet kan det ikke utelukkes at mine tolkninger, kategoriseringer og

diskusjon av empiri, kan virke provoserende på informantene. Imidlertid har jeg gjennom hele undersøkelsen bestrebet meg på å inneha et bevisst forhold til at studien ikke skal være til skade for informantene (jf. Helsinkideklarasjonen). Dette blant annet ved å utelate bruk av sitat på en slik måte at det kan spores tilbake til den enkelte informant. Dialektuttalelser er i så henseende også utelatt. Malterud (2003) understreker at det er viktig å være seg bevisst slike ovennevnte aspekter under transkripsjonen. Dette fordi direkte muntlig tekst ofte fremstår annerledes enn skriftspråk, og kan få informantene til å fremstå mindre artikulerte enn de egentlig er. Transkripsjonen foreligger med andre ord kun på bokmål, med hensyn til konfidensialitet (jf. Thagaard, 2003; Malterud, 2003;). Informantene vil ellers i oppgaven så langt det lar seg gjøre anonymiseres.

4.0 Funn og fortolkninger

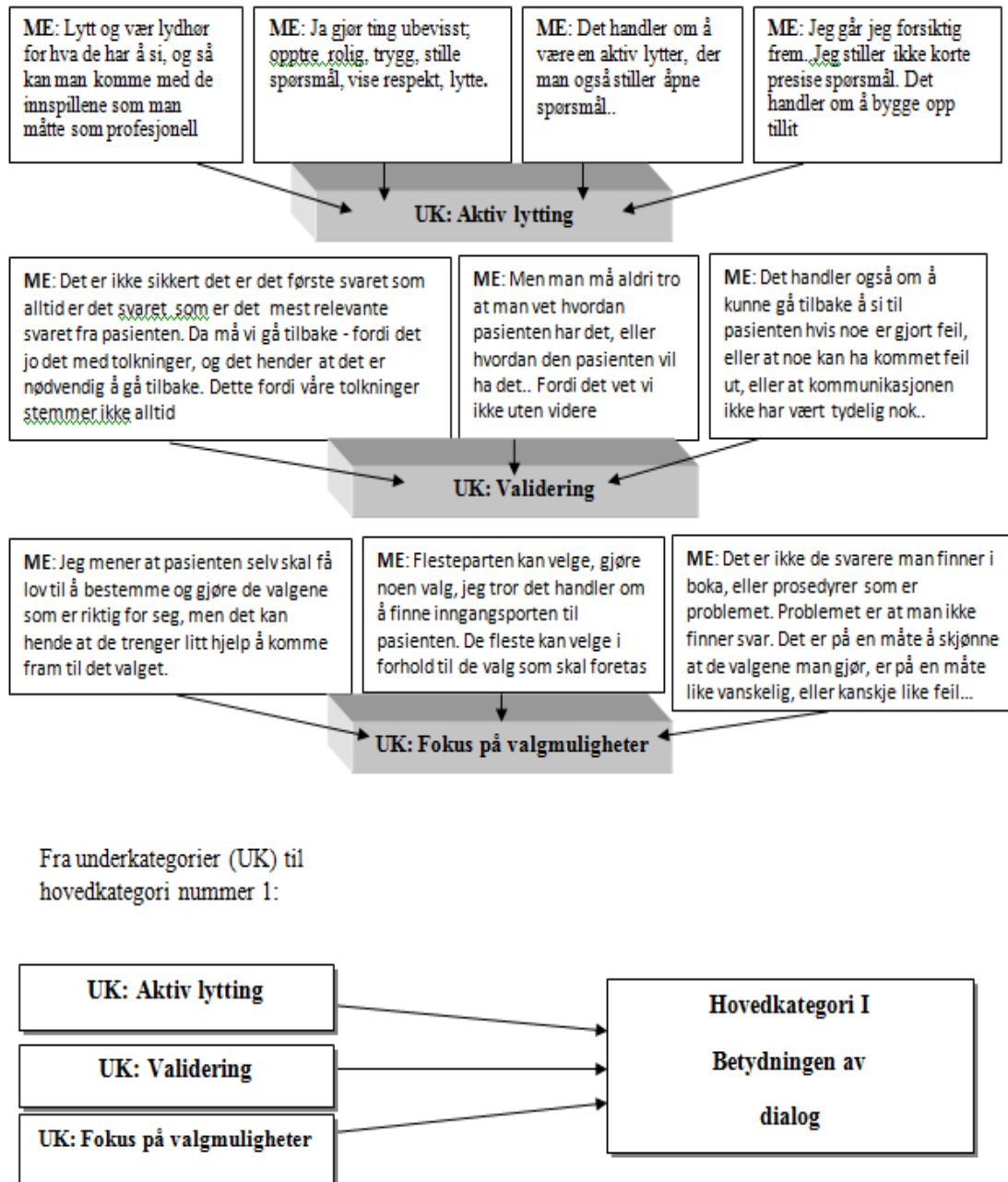
4.1 Presentasjon av funn og fortolkninger

I dette kapittelet presenteres funn og fortolkninger slik de fremkommer etter analyse av åtte gjennomførte intervju. Funnene har resultert i tre hovedkategorier med henholdsvis tre, fire og to underkategorier. Se figur 4.1, under.



Figur 4.1

Figur 4.2 under viser prosessen fra meningsfulle enheter (ME) til underkategori (UK). Dette er en komprimert illustrasjon fra ME til UK, fra UK til hovedkategori nummer 1. Slik har tre hovedkategorier vokst frem fra rådata, som tidligere nevnt. Illustrasjonen under viser tilblivelse av hovedkategori nummer 1.



Figur 4.2

Funn og fortolkninger presenteres videre via beskrivelse av hovedkategorier. Dette ved hjelp av underkategorier; det vil si gjennom mine utfyllende kommentarer og sitater fra informantene i *kursiv*. Sitatene er gjengitt i bokmålsform for i størst mulig grad å ivareta informantenes anonymitet.

4.2. Hovedkategori I – Betydningen av dialog

Sentrale aspekter ved betydningen av dialog er å vise en genuin interesse, la pasientene komme til orde, legge til rette for valg og forsøke å tilpasse seg den enkelte pasients måte å kommunisere på, ifølge informantene. Videre ble det fremhevet at å bygge opp under dialog, er både en fordel for informantene og pasientene. Dette fordi det legger tilrette for en felles forståelse angående hensikt og mål med oppholdet i avdelingen. Men samtidig viser informantenes erfaringer at å legge tilrette for dialog mellom helsepersonell og pasienter kan være utfordrende. Det er med andre ord noe som informantene stadig utfordres på i sin praksis. Alle disse aspektene utdypes videre i de påfølgende underkategorier:

4.2.1 Aktiv lytting

Ord og setninger som å lytte, være lydhør, la pasientene først og fremst komme til orde, opptre rolig, stille åpne spørsmål, bygge kommunikasjon på noe felles, bygge opp om symmetri, vise genuin inntresse for pasienten, ta på alvor og ikke stresse, var aspekter ved aktiv lytting informantene gav uttrykk for. For eksempel beskrev en informant sine refleksjoner angående tilnæringsmåte til pasienter og pårørende slik:

Jeg tror det er viktig å la de slippe til, jeg. La de slippe til med hvor skoen trykker hen. Altså hør på dem. Lytt og vær lydhør for hva de har å si, og så kan man komme med de innspillene som man måtte ha som profesjonell syke- eller hjelpepleier.

En annen infomant beskrev sin tilnærming og verdien av å opptre rolig. På spørsmål om hvordan en slik tilnæringsmåte kunne utarte seg i praksis, svarte informanten at det handler om å være genuint tilstede, vise respekt, stille undrende spørsmål og ikke stresse når man kommuniserer med pasienten. Helsearbeideren sa at stress vil ofte resultere i at pasienten blir

uroelig, og det er igjen uheldig med tanke på å legge til rette for god samhandling. Andre informanter understreket særlig betydningen av ikke-verbal kommunikasjon. Det ble blant annet beskrevet som verdien av å ha øyekontakt når det lyttes til pasientens ytringer. På den måten viser man at man vil ta på alvor det pasienten sier, sa noen av informantene.

En av informantene påpekte at selv om man stilte åpne spørsmål, hendte det at noen pasienter gav særdeles korte svar. Informanten sa at når slike situasjoner oppsto, forsøkte hun/han å legge til rette for kommunikasjon ved finne noe felles å snakke med pasienten om. Noe felles i denne sammenhengen kunne for eksempel være å nevne lokalområdet hvor pasienten hadde bodd eller lignende. Informanten sa at på denne måten sier man jo underforstått til pasienten at man er interessert i at vedkommende skal føle seg møtt som menneske med sine erfaringer, perspektiver og kunnskaper. En slik tilnæringsmåte til pasienten ville dessuten bygge opp om symmetri mellom helsearbeider og pasient, sa informanten. Men samtidig understreket informanten at det er viktig å være klar over at all kommunikasjon mellom profesjonell og mottaker av helsetjeneste alltid vil innebære aspekter av asymmetri.

En annen informant gav uttrykk for at det var sjeldent at han/hun opplevde å ikke få pasienten i tale og i kommunikasjon. På spørsmål om hvordan informanten praktiserer og legger til rette for god samhandling, svarte informanten slik:

Jeg går forsiktig frem, og stiller åpne spørsmål, over tid. Jeg stiller ikke korte presise spørsmål. Det er den måte som fungerer stort sett, og vi finner ofte et tema som vi kan prate om. Det handler nok om å bygge opp tillit; jeg bygger opp tillit veldig fort.

På oppfølgingsspørsmål fra meg om hvordan informanten bygger tillit, svarte informanten slik:

Jeg vet ikke hvorfor, men det går veldig fort. Kanskje det har noe å gjøre med de erfaringene jeg har samlet, og at jeg lytter ordentlig.

4.2.2 Validering av kommunikasjonen

Informantene understreket at kommunikasjon med pasienter krever bevissthet både i forhold til fortolkning og validering av svar de mottar. Majoriteten av informantene la også vekt på at tilrettelegging av adekvat samhandling med pasienter kan være utfordrende av diverse grunner. En helsearbeider beskrev hvordan kompleksiteten i samhandlingen kan utarte seg:

Noen ganger er det vanskelig. Men man må aldri tro at man vet hvordan den andre har det, eller hvordan den andre vil ha hjelp. Fordi det vet vi ikke uten videre. Det handler om å være seg selv i møte med pasienten. Ved for eksempel å si "når du sier det – hva tenker du da?" For noen ganger kan det jo være dobbel bunn i det som sies – av ukjent grunn — da handler det om å sjekke det ut – hva det kan være – hva tenker pasienten egentlig, hva mener pasienten egentlig.... Kommunikasjonen kan være veldig sammensatt.

Flere av informantene fremhev betydningen av verdien av å være tydelig i sin kommunikasjon med pasientene. Tydelighet legger til rette for tillit, understreket noen av informantene. Tillit legger igjen til rette for at pasienten våger seg frem med å kommunisere sin forståelse, sin eventuelle usikkerhet, sine undringer angående sin helsesituasjon, etc. Likeledes understreket mange av informantene betydningen av at de kunne fremstå som tydelig overfor pasientene. Det kunne for eksempel innebære å ta opp tema som tidligere har vært kommunisert med pasienten. Det vil si at informantene sjekker ut pasientens forståelse og ytringer ved å henvende seg gjentatte ganger til pasienten. Denne formen for validering av kommunikasjon med pasienten legger til rette for trygghet, sa en informant. Sistnevnte informant sa også at slike aspekter vedrørende kommunikasjon kan man alltid bli bedre på, og at de som helsearbeidere burde utøve slike valideringer i større grad. Dette i den hensikt at informasjonsdelingen mellom informantene og pasienter da ville ha blitt bedre. En annen informant ytret seg slik angående sistnevnte tema validering av kommunikasjon og samhandling slik:

"Vi tolker hele tiden, men det handler om sjekke dem ut; stemmer det jeg tenker nå? Altså spør pasienten".

Flere av informantene fremhevet også verdien av å legge til rette for god kommunikasjon under stell med pasienter. Det kan for eksempel foregå ved at helsearbeideren spør pasienten

om hennes/hans måte å assistere på er ok for pasienten. Noen informanter sa også at noen pasienter kan være veldig stille av seg og gi korte svar. I slike situasjoner vektla informantene særlig kroppsspråket til pasienten. Dette i den hensikt for å legge til rette for en god samhandling, på tross av få verbale tilbakemeldninger fra pasienten.

4.2.3 Fokus på valgmulighetene

Under intervjuene ble også tilrettelegging av valgsituasjoner et tema som gjorde seg gjeldende i forhold til møter mellom helsepersonell og pasienter. Flere av informantene vektla at pasientene er tjent med å ta egne valg og komme med innspill om hva de finner akseptabelt. Men det hender at pasientene trenger litt hjelp til å komme frem med forslag om hva som oppleves hensiktsmessig for dem i den aktuelle situasjonen. Dette gjelder spesielt eldre pasienter, understreket noen av informantene. I situasjoner der pasienter er tilbakeholdende med selv å ta valg, påpekte informantene at de er tjent med å legge frem alternativer i forhold til valg. Dette i den hensikt at pasienter kan motiveres til å velge ut fra de fremlagte valgmulighetene. En informant beskrev temaet slik:

”Det handler også om ord og setninger og hvordan man skal spørre. Spør man, da skal man tåle de svar man får”.

Imidlertid kan slike overnevnte situasjoner være tidkrevende, og tid er noen ganger et knapphetsgode, sa noen av informantene.

Når det gjelder yngre pasienter og valgsituasjoner, merkes det ofte at yngre pasienter er mer bevisste. Denne bevisstheten gjør seg gjeldende både i forhold til formelle rettigheter de har og den direkte innblanding i den helsetjenesten de mottar, for eksempel under stell, pleie etc., påpekte flere av informantene.

På spørsmål om mer bevisste pasienter gjør noen forskjell i forhold til helsetjenesten informantene yter, svarer noen av helsearbeiderne at de mer bevisste pasientene som krever mer – får ofte mer ressurser og oppmerksomhet. Dette kan også gjøre seg gjeldende dersom pårørende krever mye på vegne av pasienten. Men det ble også understreket at de ikke har

opplevd å yte en uforsvarlig helsetjeneste overfor noen pasienter, selv om helsetjenesten kunne ha vært bedre i enkelte situasjoner, understreket noen av informantene.

Flesteparten av informantene fremhevd at når pasientene var villige til å velge og hadde krav, ble det hovedsakelig oppfattet som positivt. Dette fordi det la til rette for et konstruktivt samarbeid som alle parter er tjent med. En av informantene sa det slik:

”Vi er tjent med å legge til rette for viljen hos pasientene, hjelpe dem til å ta valg”.

4.3. Hovedkategori II – Betydningen av tillit

Ifølge informantene er tillit et grunnleggende aspekt hva gjelder å tilrettelegge for god kommunikasjon mellom pasienter/pårørende og profesjonelle. Tillit bygges og vedlikeholdes blant annet ved at informantene evner å opptre kongruent, tydelig, empatisk, anerkjennende og våger å stå i utfordrende kommunikasjonssituasjoner. Derimot er tillit noe som lett kan undergraves, hvis ikke helsearbeiderne er seg bevisst de ovennevnte aspektene vedrørende tillit, fremhever informantene.

4.3.1 Kongruent kommunikasjon

Sammenfallende eller kongruent kommunikasjon var et tema flere av informantene berørte under intervjuene. Flere av informantene fremhev at tillit til dem som personale kan lett bli forringet hvis de ikke er samkjørt i kommunikasjonen med pasienter og/eller pårørende. På spørsmål om hvordan det kan utarte seg, eksemplifiserte en informant det slik:

Det er viktig at vi utviser en felles forståelse og holdning om hva vi driver med overfor pasienter og pårørende. Folk går i skift og det er jo noe med det – det kan fort rase sammen. Man kan fort ødelegge et tillitsforhold. Det er viktig at vi holder det vi sier til pasienten – ellers kan jo tilliten bli svekket, umiddelbart.

Noen av informantene understreket at kongruent kommunikasjon handlet også om å kunne stå i utfordrende situasjoner med pasienter eller pårørende. Det kan innebære at helsearbeiderne

må våge å spørre pasienter eller pårørende, selv om et emne kan føles vanskelig å snakke om. Videre ble det understreket at det er en fordel for alle å forsøke å være fremsynt angående hva pasienter tenker om oppholdet i avdelingen. Likeledes understreket en av informantene at:

”Det handler om ord og setninger om hvordan man skal spørre. Spør man, da skal man tåle de svar man får fra pasientene”.

I påfølgende vending understreket også helsearbeideren at kommunikasjon ofte kan være utfordrende:

Det handler også om å kunne gå tilbake og si til pasienten hvis noe føles feil eller mangelfullt, eller at noe kan ha kommet feil ut, eller at kommunikasjonen mellom oss ikke har vært tydelig nok.

4.3.2 Særlig utfordrende kommunikasjonssituasjoner

Flere av informantene belyste under intervjuene at det hendte de opplevde særlig utfordrende kommunikasjonssituasjoner. Det kunne for eksempel dukke opp problemstillinger som det var vanskelig å finne gode svar på, svar som kan oppleves som en adekvat løsning for både pasient, pårørende og helsetjenesten. En informant belyste temaet slik:

Det er ikke de svarene man finner i boka, eller prosedyrer som er problemet. Problemet er at man ikke finner svar. Det er på en måte å skjønne at de valgene man gjør, er på en måte like vanskelig, eller kanskje like feil.

Noen av informantene opplevde det som særlig utfordrende når pårørende vil delta sterkt i pleien og hjelpen som blir ytet. Det er ikke ofte at det skjer at pårørende tenderer til å blande seg veldig i detaljer, men det hender, påpekte noen av informantene. Videre ble det ytret at de har forståelse for at pårørende vil ha den absolutt beste helsetjenesten til pasienten, men ressursene er ikke uuttømmelige. Ressursene må jo helst rettferdig fordeles, sa noen av informantene. I slike situasjoner er det også viktig at de som personale samarbeider. En informant sa det slik:

Det har skjedd at pårørende har utvist misfornøydhet og sinne med de tilbud vi kan gi. Det er ikke ofte slikt skjer, men det kan skje, jeg forsøker å ta det med meg som en erfaring og være ydmyk. Det gjør noe med meg.

4.3.3 Anerkjenne

Flere av informantene belyste i løpet av intervjuene aspektet ved å se, anerkjenne og bry seg om den enkelte pasient. På spørsmål om hvordan en bryr seg om den enkelte pasient, var det flere av informantene som sa at de er bevisst på å bruke navnet når de henvender seg til pasienten. Noen av informantene gav også uttrykk for at dette handler om bevissthet fra personalets side. På oppfølgingsspørsmål om hvordan bevissthet gjør seg gjeldende i samhandlingen, beskrev en informant det slik:

Det handler om sosial kompetanse, det handler om å formidle interesse, at man liker å jobbe som pleier. Jeg tror det er viktig å forsøke å se helheten hos pasienten. Selvfølgelig må vi se diagnosen og den antatte prognosen også, men jeg tror det er viktig å forsøke å se hele personen som trenger hjelp.

Noen av informantene la også vekt på at empatiske holdninger må være ekte, er de ikke det vil det gjerne formidles ubevisst, ble det sagt. På oppfølgingsspørsmål om informanten ville utdype dette, sa helsearbeideren at:

Ja, jeg tenker at man kan jo sitte inne på rommet til pasienten uten å være tilstede på en måte, uten å lytte på en måte: Høre, men kanskje bare si "ja, ja", men har egentlig ikke hørt etter hva pasienten sier. Å være tilstede fysisk, men ikke mentalt. Det er så viktig at pasienten opplever å bli sett, hørt og føler seg forstått.

4.3.4 Løsninger gjennom dialog

Flere av informantene understreket betydningen av å legge til rette for dialog og tydelig kommunikasjon. På spørsmål om nærmere beskrivelse av hva tydelig kommunikasjon innebærer i praksis, svarte flere av respondentene at mange pårørende kan være engstelige på

vegne av pasienten. Denne engstelsen kan dempes eller forebygges om helsearbeiderne makter å tilrettelegge slik at pårørende våger å meddele sin engstelse i forkant, for eksempel ved å stille spørsmål ved innleggelse på avdelingen. På den måten kan mange frustrasjoner og misforståelser forbygges. Dette fordi pasient, pårørende og helsepersonell kan bygge en felles forståelse med hensikten med oppholdet i avdelingen.

Informantene sa også at det hender at pasienter kan være urolige av ulike og ofte ukjente grunner. I slike situasjoner er det viktig å komme i samtale med pasienten, sa noen av informantene. Dette har å gjøre med å kunne tilrettelegge for dialog i den hensikt at pasienten våger å meddele sin eventuelle usikkerhet, spørsmål og tanker, fremhev informantene. Noen av helsearbeiderne ytret også en viss form for selvkritikk; informantene påpekte at det kanskje er for lett å ty til medisiner og tolke atferd til pasienter i diagnostiske termer. Dette istedenfor å samtale, lytte og undre seg sammen med pasienten.

4.4. Hovedkategori III – Betydningen av tid

Ifølge informantene er tid et aspekt som ofte gjør seg gjeldende i kommunikasjon med pasienter. Det kan for eksempel være av betydning at informantene tar seg tid til å validere kommunikasjon med pasienter; ved å lytte og sjekke ut svarene fra pasienten. På den måten kan misforståelser unngås ved at avtaler og hensikten med opphold i avdelingen er bygget på en felles forståelse mellom pasienter/pårørende og helsepersonell.

Omtrent halvparten av informantene uttrykte at det hendte at de opplevde tidspress til tider. Tidspresset kan ha konsekvenser i forhold til kvaliteten på helsetjenesten de utøver i forhold til den enkelte pasient.

4.4.1 En reflektert tilnærming til tidsbruken

Flere av informantene vektla betydningen av å være særlig bevisst på hvordan de bruker tiden på det første møtet med pasientene. Dette fordi pasientene kan være litt avventende med å meddele sine perspektiver. Det kan være ulike grunner til dette, som for eksempel alder, konsekvenser av sykdom eller lignende, fremhev informantene. På spørsmål om de kunne eksemplifisere, ble det sagt at det handler om stille ett spørsmål om gangen, og vente med oppfølgingsspørsmål til man har fått svar fra pasienten. Det handler med andre ord om å legge

til rette for en kommunikasjonsstil der informantene viser oppriktighet, tar seg tid til å lytte og validere de mottatte svarene. I samme vending ble det påpekt at dette er idealer og det hender at de ikke har klart å etterleve idealene ved god kommunikasjon. De gangene det har oppstått misforståelser, har det ofte vært på grunn av informantene som ikke har brukt nok tid på innkomstmøtene, ble det fremhevet. Når det oppstår misforståelser går det ofte tid til å bringe klarhet i det som ikke har vært tydelig nok kommunisert mellom pasienter og helsepersonell. En informant uttrykte det slik:

Altså, la oss si at vi bruker da gjerne en time på innkomstmøtene, og da tenker jeg at da har vi oppklart så mye at vi da sparer tid, om vi kan kalle det det. Vi sparer tid som kunne ha gått på frustrasjoner, engstelse og alle de tingene som kan komme i etterkant, hvis man ikke prioriterer tilstrekkelig informasjonsutveksling ved innkomstmøtene. Da vil man få henvendelser om, for eksempel, hva som skjer med mor eller hva skjer med far. Eller hva skjer med meg som pasient.

En annen informant beskrev det slik:

I dette perspektivet handle detr ofte om å klargjøre, hva kan vi tilby, hva tåler hjelpeapparatet. Det handler ofte om å nøste opp i tråder. Det kan være hvor vil pasienten hen, hva tenker pårørende, eller lignende..

4.4.2 Knapphet på tid

Temaet tid var noe informantene ofte kom inn på under intervjuene. Et interessant og overraskende aspekt i denne forbindelse, var at informantene delte seg omtrent i to grupper hva gjaldt temaet tid. Cirka halvparten mente at de hadde tilstrekkelig med tid til å utføre sine oppgaver, mens den andre halvparten indikerte det motsatte. En informant belyste temaet tid slik:

Vi blir nesten som blekkspruter alle sammen. Det skulle vært flere ansatte i perioder. Når vi er få personale i forhold til antall pasienter, da får vi ikke gitt annet enn det mest nødvendige overfor pasientene. Da får man liksom ikke ytet det man skal yte...– Noen ganger er det mange pasienter som trenger mye hjelp, mens

i andre perioder er det mindre krevende på avdelingen – så det går helt klart i perioder.. På denne måten blir det også roligere andre perioder, det blir på en måte noen pusterom innimellom.

En annen informant sa at knapphet på tid også kan gjøre seg gjeldende i forhold til mobilisering av pasientens ressurser. For eksempel ved at personalet hjelper pasienten med ting pasienten kunne ha utført selv, og således kan pasienten gå glipp av verdifull egenterning og vedlikehold av egen mobilisering, understreket informanten.

En informant beskrev også hvordan knapphet på tid kan påvirke den direkte kommunikasjonen med pasienter. Informanten sa at når det er knapphet på tid i avdelingen passer hun/han på å ikke stille åpne spørsmål til pasientene. Dette fordi når det stilles åpne spørsmål legger det til rette for lengre svar fra pasienten. Dette er ugunstig hvis det er travelt i avdelingen. Nok en informant sa at han/hun har opplevd en følelse av dårlig samvittighet overfor pasienter på grunn av tidsmangel:

Enkelte ganger kan man kan føle dårlig samvittighet, det kan for eksempel være at man sier til en pasient at man kommer tilbake om et lite øyeblikk – så blir det øyeblikket lenge – kanskje timer for at det er mange som trenger en. Årsaken kan være at kollegaer trenger assistanse til å hjelpe andre pasienter. På den måten kan øyeblikk bli til flere timer.

5.0 Diskusjon

Studiens hensikt er som tidligere nevnt å belyse studiens problemstilling; *Hva mener myndiggjorte medarbeidere kjennetegner det gode møte mellom pasient og helsearbeider?* Studiens troverdighet avhenger blant annet av mitt valg av egnet forskningsmetode og evne til å benytte denne metoden gjennom studieforløpet på en grundig, oversiktlig og systematisk måte. En kvalitativ analyse av meningsinnholdet er gjennomført for å sortere og bearbeide empirien. Som en naturlig følge av dette presenteres en kritisk diskusjon av studiens styrker og svakheter knyttet opp mot relevant litteratur vedrørende reliabilitet, intern validitet og ekstern validitet. Deretter diskuteres funn og fortolkninger i relasjon til studiens problemstilling, teoretisk referanseramme og forskning funnet ved søk før og etter at funn og fortolkninger forelå.

5.1 Kritisk refleksjon over metodologi

Det er omdiskutert om begrepene; *reliabilitet, intern validitet og ekstern validitet* har relevans for kvalitative data (Ringdal, 2007; Malterud, 2003). Hovedgrunnen til dette er at de tre begrepene er nært knyttet til kvantitativ empiri og måling. Dette er grunnlaget for at Thagaard (2003) foretrekker begrepene *troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet* fremfor *reliabilitet, intern validitet og ekstern validitet*. Sistnevnte forfatter hevder at begrepene *troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet* beskriver den kvalitative forskningsprosessen på en mer nøyaktig måte. Imidlertid fremhever Ringdal (2007) at de tradisjonelle begrepene; *reliabilitet, intern validitet og ekstern validitet* også har relevans innen kvalitativ forskning. Det som går tapt ved å benytte andre begreper, er referansen til innarbeidede og generelle begreper til å vurdere empiriens kvalitet, argumenterer forfatteren (ibid.).

Når det gjelder å vurdere studien i lys av reliabilitet og intern validitet, har jeg funnet det utfordrende å praktisere et skarpt skille mellom de to vurderingskriteriene. Av den grunn kan det hende at andre lesere vil vurdere bruk av kriteriene annerledes enn hva jeg har gjort. Imidlertid har jeg bestrebet meg på å begrunne mine valg hva gjelder vurdering av reliabilitet og intern validitet i forhold til studien.

5.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet, nøyaktighet i forhold til fremgangsmåte i forskningsprosessen (Ringdal, 2007; Jacobsen, 2003). Vurderingen av mine kvalitative datas reliabilitet handler om min refleksjon over hvordan datainnsamlingen har foregått med sikte på å bli bevisst mulige feilkilder, tolkningsproblemer og misforståelser.

I en kvalitativ studie er det viktig å fremskaffe et adekvat utvalg av intervjupersoner. Det vil si et strategisk utvalg som vil være tilstrekkelig til å belyse prosjektets forskningsspørsmål (Kvale & Brinkman, 2009). Et strategisk utvalg kan bidra til å sikre bredde og dybde i det aktuelle tema (Thagaard, 2003). I denne studien er det tatt utgangspunkt i åtte informanter som er intervjuet i forhold til det aktuelle tema. Det ble antatt at flere intervjuer ikke ville gi ytterligere ny informasjon om temaet som ble studert. Med andre ord ble det antatt at åtte informanter ville gi tilstrekkelig mengde data i forhold til å besvare problemstillingen (jf. Malterud, 200; Kvale & Brinkman, 2009; Thagaard, 2003).

Individuelle intervjuer ble valgt i den hensikt å få fyldig og omfattende informasjon fra flere *myndiggjorte medarbeidere*. Rekrutteringen av informanter forgikk gjennom hovedprosjektleder ved Lørenskog sykehjem via telefonkontakt og ved at jeg sendte skriftlig forespørsel sammen med informert samtykke (vedlegg 1.). Således har jeg ikke hatt noen innflytelse på hvilke informanter som har blitt spurt, utover at de har vært deltakende i prosjektet *myndiggjorte medarbeidere*. I dette perspektivet kan det ikke utelukkes at informantene som har deltatt har vært de som har vært spesielt motiverte og bevisste vedrørende temaet kommunikasjon, med andre ord et homogent utvalg som kan ha bidratt til like perspektiver på mine intervju spørsmål. Det kan derfor stilles spørsmål ved utvalgets reliabilitet. Var det kun de informantene som hadde en positiv opplevelse knyttet til temaet som valgte å delta? Var intervjupersonene av den grunn spesielt motiverte, og dermed fremsto som dyktige intervjupersoner? Slike forhold kan føre til skjevheter ved at intervjupersonene gir informasjon om forhold som de har klart å mestre, snarere enn å problematisere sider ved temaet (jf. Malterud; 2003; Ryen, 2002).

Menneskelige handlinger og samhandling skjer ikke i et tomrom, men innenfor en sammenheng som gir mening (Gilje & Grimen, 1993). Formålet med intervjuene var å belyse informantenes mening og perspektiver i forhold til prosjektets problemstilling. Samtlige intervjuer ble utført på informantenes arbeidsplass i et separat rom. Hvert intervju startet med

at jeg presenterte meg selv, og gjentok muntlig det som sto skissert i det informerte samtykket (vedlegg 1). Deretter ble det spurt om informanten hadde noen innvendinger eller lignende i forhold til det informerte samtykket. Ingen av informantene hadde noe å innvende angående dette. Likevel valgte jeg å gjenta muntlig det som stod i det informerte samtykkeskjemaet, med spesiell vekt på at informanten kunne trekke seg fra studien når som helst – uten å begrunne hvorfor. Grunnen til dette var at jeg ville bygge opp om symmetri og delt makt i intervjusituasjonen. Dette bygger igjen på den antakelse av at symmetri bygger opp under trygghet i intervjusituasjonen, og at trygge informanter vil føle seg fri til å kunne ytre sine perspektiver og meninger (jf. Løgstrup, 2008; Shibbye, 2009; Heggen & Mjell, 1997; Skau, 2003) Mitt inntrykk var at majoriteten av intervjupersonene følte seg fri til å meddele sin forståelse i forhold til intervju spørsmålene.

Intervju spørsmålene var utformet i stikkordsform, der min hensikt var å følge opp informantens svar for å belyse studiens forskningstema. Utfordringen med en slik åpen tilnærming er at man kan få mye informasjon som er mindre relevant i forhold til studiens forskningstema (Jacobsen, 200; Patton, 2002). Men intervjuene ble tatt opp på digital opptaker, og deretter transkribert. For øvrig kan det opplyses at alle åtte intervjuene ble utført i løpet av to uker.

Transkripsjonen fra lydopptak har medført at jeg har fått en dypere innsikt i dataene relatert til problemstillingen. Etersom jeg har fått en dypere innsikt i de innsamlede data, ser jeg i ettertid at det er relevante oppfølgings spørsmål som jeg med fordel kunne ha spurt informantene om, men som ikke ble belyst. Dette er en svakhet i forhold til reliabiliteten i studien. Sett fra en annen side, ble den informasjon som ble notert under intervjuene, oppsummert på slutten av hvert intervju. Dette i den hensikt at informanten fikk anledning til å korrigere min forståelse (jf. Thagaard, 2003). En slik eventuell korrigerende berører også et annet forskningsmessig begrep; intern validitet (Malterud, 2003). Den interne validiteten i studien blir diskutert i neste kapittel.

5.1.2 Intern validitet

Intern validitet går grovt sett på om en faktisk har undersøkt det en vil undersøke: Målet er at dataene skal være relevante for problemstillingen (Malterud, 2003; Ringdal, 2007). Det vil si at jeg har bestrebet seg meg på å utvise begrunnelser for mine funn og fortolkninger, samt å kunne belyse styrker og svakheter i forhold til de valg som er foretatt.

De individuelle intervjuene i studien ble tatt opp på digital opptaker og transkribert til tekstdata. Selv om pauser og enkelte uttrykk, som for eksempel latter eller et kremt, ble markert i teksten, representerte det ikke i tilstrekkelig grad dialogenes nonverbale kommunikasjon. Transkripsjon av rådata, selv om den foreligger digitalt, er sekundærdata (Malterud, 2003; Gilje & Grimen, 1993). Kroppsspråk og håndbevegelser inneholder verdifull informasjon og kan si noe om det som ble utforsket i samtalen. Dialogen, som en dialogisk prosess mellom meg og informanter, representerer en vei til innsikt. Men samhandlingen/intervjuene ble ikke til i et tomrom, men innenfor en sammenheng/kontekst som gir mening (ibid.). Utfordringen i så henseende er å formidle det informantene mente om de tema jeg har til hensikt å belyse. Dette henger igjen sammen med intern validitet eller bekræftbarhet. Intern validitet berører det filosofiske spørsmålet; ”hva er sannhet?” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 251). Innenfor den klassiske filosofien snakker man om tre sannhetskriterier: ”Korrespondanse-kriteriet for sannhet, koherens og pragmatisk nytte” (ibid.). I en mer postmorderne forståelse av sannhet, konstitueres sannhet gjennom dialog, der perspektiver belyses, diskuteres, forhandles og valideres av de involverte parter i fellesskap. Med andre ord en dialogisk sannhet som har blitt til gjennom dialog (ibid.).

Intervjuguiden ble utviklet på grunnlag av problemstillingen og ble brukt som et virkemiddel for å holde fokus i intervjuene. De åpne intervju spørsmålene er blitt til via lesing av relevant teori, relevante stortingsmeldinger og lover i forhold informasjonsutveksling i helsevesenet. Likeledes har min for-forståelse influert utviklingen av intervju spørsmålene, samt tilbakemeldingene fra pilotintervjuene (se kapittel 3.5).

I gjennomføringen av intervjuene forsøkte jeg å møte informantens utsagn med et åpent sinn, og stille relevante oppfølgingsspørsmål i form av; ”kan du si noe mer om dette..?”; ”dette var interessant”; ”forstår jeg deg riktig når du sier at...?”; ”kan du fortelle litt mer om dette..?”; ”er det mulig å beskrive..?”. I tillegg noterte jeg stikkord underveis i intervjuet. Denne stikkordsnoteringen hadde intervjuer flere hensikter med. For det første ville jeg ikke avbryte

informanten, men heller stille oppfølgingsspørsmål når jeg fant det passende. Noteringen av stikkord var således hukommelse – og et validerings-hjelpemiddel. For det andre er det en måte å kommunisere nonverbalt til informanten at jeg lytter (jf. Jacobsen, 2003). For det tredje kan noterte stikkord være en hjelp til å tilpasse seg informantens språkstil. Dette ved å bruke informantens ordvalg i det jeg stilte oppfølgingsspørsmål – ved hjelp av informantens terminologi (jf. Kvale & Brinkman, 2009). For det fjerde ble de noterte stikkordene brukt som en oppsummering på slutten av intervjuene. En oppsummering der informantene fikk muligheten til å korrigere min forståelse av dem, med andre ord en muntlig validering av informantens utsagn, ytringer og perspektiver (jf. Malterud, 2003).

Flere teoretikere framhever at det er en fordel å foreta transkripsjonen rett etter at intervjuene er utført (Kval & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003; Patton, 2002). Dette med tanke på glemsomhet og fordelene med å gjøre transkripsjonen mens intervjuet er friskt i minne. Denne formaningen ble imidlertid ikke etterlevd til det fulle i denne studien, på grunn av organisatoriske forhold og store mengder empiri. Validiteten i transkripsjonene kan ha blitt påvirket negativt på grunn av at transkriberingen ikke ble foretatt like etter utførte intervju. Jeg opplevde under transkripsjonene at det var temaer som kunne ha vært utdypet ytterligere. Jeg kunne nok ha vært mer pågående og stilt flere åpne spørsmål rundt enkelte temaer i noen av intervjuene. Mangel på utdypende spørsmål kan ha bidratt til svekket validitet i forhold til dybde i intervjumaterialet.

I tillegg kan det hende at intervjumaterialet kunne ha frembrakt flere nyanser og andre verdifulle perspektiver, hvis det hadde vært flere undersøkere som hadde systemisert rådata – uavhengig av hverandre. Validiteten kan også antas å ha blitt styrket ved at informantene hadde lest transkripsjonene. Sett fra en annen side, kan det være mye å kreve av informantene, og kanskje noen av informantene ikke ville ha deltatt av den grunn? Et annet aspekt som kan ha styrket validiteten, er en triangulering av metoder, for eksempel via deltakende observasjon og spørreskjemaer (Halvorsen, 2008; Ringdal, 2007). På denne måten kunne validiteten ha blitt styrket ved å benytte ulike metoder for å innhente den samme informasjonen (triangulering/flermetodedesign). Dette er imidlertid ressurskrevende og går utover de ressurser som er tilgjengelig i dette prosjektet. Analysen som presenteres av rådata, legges også frem i den erkjennelse av at noen av de meningsfulle enhetene kan passe under flere underkategorier (se kapittel 3.8 og 4).

Den kvalitative innholdsanalysen har vært krevende å gjennomføre, noe som nok har hatt betydning for både dybden og kvaliteten på analysen i studien. Et kritisk punkt for å oppnå troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse er utvelgelsen av de mest egnede meningsfulle enhetene (sitatene). Noen av informantenes utsagn var svært lange og inneholdt flere meninger og betydninger. Flere av de meningsfulle enhetene som vokste frem via analysen, kan også passe under flere underkategorier. I dette perspektivet er det alltid fare for at sitater løsriver fra sin sammenheng (Malterud, 2003; Ryen, 2002). Abstraheringen av intervjudata; fra meningsfulle enheter; til underkategorier og derfra til hovedkategorier, bringer også med seg en utfordring. Utfordringen er å ikke ekskludere relevante data og inkludere irrelevante data. Med andre ord kan verken eventuelle feiltolkninger av empiri eller tilfeldig og ensidig subjektiv tolkning av empiri utelukkes.

På en annen side, er analysen grundig diskutert med veiledere i flere omganger. I tillegg er analysen lagt frem for medstudenter, der synspunkter, vurderinger og tilbakemeldinger er tatt hensyn til i analysen av rådata. Det vil si at kategorier er endret på, slått sammen og utdypet i den hensikt å gjøres klarere, mer tydelig og hensiktsmessig til å besvare problemstillingen. Dessuten kan det nevnes at informantens begrepsverden/terminologi er forsøkt tatt hensyn til under presentasjonen av empirien, med hensikt i å styrke validiteten i analysen.

5.1.3 Ekstern validitet

Ekstern validitet eller overførbarhet refererer hovedsakelig til generalisering av dataene (Jacobsen, 2003; Ringdal, 2007). Det innebærer i hvilken grad funn og fortolkninger kan overføres til andre situasjoner, kontekster eller grupper. Empirien som har fremkommet i denne studien, kan ikke sies å gjelde for alle myndiggjorte medarbeidere eller helsearbeidere, men empirien kan si noe om hvordan de åtte informantene har opplevd samhandlingsprosesser i helsetjenesten. I dette perspektivet kan ikke dataene i studien gi grunnlag for statistisk generaliserbare talldata (jf. Ringdal, 2007). Med andre ord er det ikke mulig å bruke denne studiens funn og fortolkninger til å beskrive eller si noe om kommunikasjonsprosesser i andre deler av helsetjenesten. Imidlertid kan en nøyaktig, transparent og utfyllende beskrivelse av fremgangsmåten i studien legge grunnlaget for at andre kan vurdere grunnlaget for en overføringsverdi. I denne studien er det gjort rede for min bakgrunn, for-forståelse, teoretisk referanseramme, beskrivelse av informantene som gruppe,

intervjuguide, transkripsjon, analyseprosess samt etiske vurderinger i forhold til gjennomføring. Dette kan samlet sett bidra til at andre interesserte kan vurdere hvor overførbare funn og fortolkninger i prosjektet kan være (jf. Thagaard, 2003; Malterud, 2003).

5.2 Diskusjon av funn og fortolkninger

Etter analyse av innsamlet data ble det foretatt ytterligere litteratursøk. Det resulterte i ett nytt funn av sterk relevans for å belyse problemstillingen. Dette begrunnes nærmere i kapittel 5.2.3.

Problemstillingen diskuteres og besvares i lys av funn og fortolkninger. Studiens problemstilling har også fungert som studiens forskningsspørsmål, som tidligere nevnt. Av den grunn diskuteres studiens funn og fortolkninger gjennom underkategorier. Det vil si gjennom de underkategorier med tilhørende hovedkategorier som induktivt har vokst frem gjennom systematisering av empirien. En systematisering og strukturering som har hatt til hensikt å besvare studiens problemstilling (se kapittel 4).

Drøftingen er strukturert ut fra studiens tre hovedkategorier:

1 Betydningen av dialog

2 Betydningen av tillit

3 Betydningen av tid

5.2.1 Betydningen av dialog

Aktiv lytting: Ifølge informantene var aktiv lytting et sentralt aspekt når det gjelder å legge til rette for kommunikasjon. I informantenes praksis kan tilnærmingen til den enkelte pasient variere og utarte seg forskjellig. Dette på grunn av at pasientens åpenhet og interesse for å meddele sine perspektiver varierer. Informantene vektla verdien av å bygge opp om symmetri i kommunikasjon med pasienten. En kommunikasjon bygd på åpenhet, genuin oppmerksomhet og symmetri, fører ofte til at pasientene lettere meddeler sine perspektiver, sa informantene.

Informantenes tanker om differensierte tilnærminger til forskjellige pasienter samsvarer med Vaglums perspektiver over pasienters personlighetstrekk (Vaglun, 2007). Personlighetstrekk kan grovt deles inn etter hvor snakkesalig, dramatiserende, kontaktsøkende, aktiv energisk og hvor engasjert pasienten er (ibid.). Når det gjelder kommunikasjonen med den enkelte pasient, var det pasienter som gav særlig korte svar som var mest utfordrende, ifølge informantene. I situasjoner der pasienten utviste tilbakeholdenhet påpekte informantene verdien av å kunne bygge kommunikasjonen på noe de kunne ha felles. Ifølge informantene kan det være så mangt, men hensikten er å finne noe felles å snakke om.

Informantenes tilnæringsmåte når det gjelder kommunikasjon kan sees i et teoretisk perspektiv der det gjelder å bygge opp om en empatisk kommunikasjon mellom samtalepartene (Cullberg, 2007; Nerdrum, 2007; Håkonsen, 2009). Å legge til rette for en empatisk kommunikasjonsstil impliserer blant annet en ikke-dømmende holdning overfor den hjelpetrequende. Likeledes å legge kommunikasjonen til rette slik at pasienten makter og våger å fremstå i kraft av seg selv (ibid.). Dette kan relateres til det informantene beskriver som å opptre rolig og stille undrende spørsmål. Ved å stille undrende spørsmål kan informantene få innblikk i pasientens forståelse, normer, vurderinger og oppfatninger (Cullberg, 2007; Nerdrum, 2007; Håkonsen, 2009). Dessuten kan undrende spørsmål virke mindre truende enn direkte spørsmål hvis pasienter er usikre (Shibbye, 2009). Slike perspektiver samsvarer med det informantene beskrev som betydningen av å opptre rolig og stille åpne spørsmål. I tillegg ligger det implisitt en følelsesmessig komponent i empatisk kommunikasjon. Det vil si at det kommuniseres underforstått at pasientenes ve og vel ligger den profesjonelle på hjertet, uten at den profesjonelle blander inn egne personlige eller private behov (Cullberg, 2007; Håkonsen, 2009).

Validering av kommunikasjon: Flere av informantene påpekte verdien av å være tydelig i kommunikasjonen. Dette ved å sjekke ut om informasjon de har gitt til pasienten eller pårørende er forstått, etc. Likeens at informantene har fått større innsikt i pasientens perspektiver og livsverden gjennom å stille oppfølgingsspørsmål og vise at det lyttes til det som blir sagt. Med andre ord ved å spørre pasienten om ervervet forståelse samsvarer med det pasienten eller pårørende har meddelt. En slik kommunikasjonsstil er i tråd med Hendersons (2003) forskning angående kommunikasjon. Henderson fremhever spesielt betydningen av at

helsepersonell evner å tilpasse den enkelte pasients ordvalg og den enkelte pasient måte å uttrykke seg på. Det samme gjelder viljen til å se og tilpasse seg særegne pasienters kommunikasjonsstil, ved å stille spørsmål og informere i adekvate mengder over tid. Liknende perspektiver på validering av kommunikasjon blir også påpekt i studien til Eldth, Ehnfors og Ekman (2006). Forfatterne fremhever at aspekter vedrørende validering av kommunikasjon er særs viktig i den hensikt å tilettelegge for brukermedvirkning og empowerment (ibid.).

Informantene understreket også at validering av kommunikasjon er noe de alltid kan bli bedre på. Dette fordi kommunikasjonen til tider kan være sammensatt og kompleks, ofte av ukjente grunner, meddelte informantene. Ifølge en studie utført av Charles, Gafni, Whelan (1999) viser resultatene at særlig tre aspekter influerer medvirkning fra pasienters side. Det første er sykdommens alvorlighetsgrad; jo mer alvorlig syk pasientene var, jo mindre var de interessert i å medvirke. Det andre aspektet som influerer prosessen med deltakelse fra pasienters side var alder. Jo eldre pasientene var, jo mer nølende var de generelt i forhold til å medvirke aktivt. Den tredje generelle faktoren som kunne gjøre medvirkning særlig utfordrende var pasientenes utdanningsnivå. Jo lavere utdanningsnivå, jo mer utfordrende var det å legge tilrette for medvirkning, ifølge Charles et al. (1999). Selv om den sistnevnte studien er en utenlandsk studie med leger som informanter, kan det være aspekter av relevans i forskningen til Charles et al. (1999). Dette med hensyn til å forstå noe av bakgrunnen for hvorfor validering av kommunikasjon kan være utfordrende i praksis for mine informanter. I denne sammenhengen vil det være i den praksisen der informanten bestreber seg på å validere kommunikasjonen med pasientene.

Fokus på valgmuligheter: Flesteparten av informantene understreket verdien av å komme i samtale basert på likeverd og refleksjon sammen med pasientene. Slike samtaler kan underbygge en felles forståelse i forhold til valgmuligheter, både med hensyn til hva oppholdet i korttidsavdelingen kan bidra med, og hva pasientene og/eller pårørende tenker angående oppholdet. Slike aspekter vedrørende kommunikasjon og samhandling stemmer også overens med helsepolitiske føringer: I flere stortingsmeldinger blir det blant annet vektlagt at kjerneverdier i helsesektoren er respekt for autonomi og verdien av å bygge opp om symmetri mellom samtalepartene (St.meld. nr. 26 (1999-2000), 2000; st. meld. nr. 28 (1999-2000)).

I senere stortingsmeldinger blir slike ovennevnte aspekter ytterligere understreket og spesifisert. I St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) heter det blant annet at reell brukerinnflytelse forutsetter at fagprofesjoner legger empowerment (myndiggjøring) av pasienten til grunn for sitt arbeid. Det innebærer at det legges til rette for pasientinnflytelse slik at vedkommende i størst mulig grad settes i stand til selv å ta valg. Slike perspektiver stemmer også med det informantene beskrev under intervjuene. Flere av informantene la vekt på at både de og pasientene er tjent med at de har ett felles mål med oppholdet i korttidsavdelingen. Et slikt samarbeid bygger ifølge flere forfattere opp under en opplevelse av mestring ved at pasienten får tid til å vurdere informasjon og reflektere over de ulike valg som foreligger (Gibson, 1991; Mæland, 2005; Nerdrum, 2007; Cullberg, 2007; Håkonsen, 2009). Det vil si at det legges til rette for en prosess mellom helsepersonell og pasienter der det balanseres mellom pasientens ressurser og den nødvendige assistanse den enkelte pasient har behov for (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007; Stang, 2003; Eldth et al 2006).

Ifølge informantene er det forskjell på hvor interesserte pasientene kan være i å stille krav til helsepersonellet. Noen pasienter er særlig bevisste på sine formelle rettigheter og stiller detaljerte krav til hvordan de vil motta assistanse fra helsetjenesten. Andre pasienter er svært tilbakeholdende med å stille krav.

Videre ble det sagt at pasienter og pårørende som stiller høye krav, mottar ikke sjeldent mer ressurser fra helsetjenesten. Men samtidig ble det understreket at informantene ikke har opplevd å gi en uforsvarlig helsetjeneste til noen pasienter.

Sett i lys av den innsamlede empirien kan det virke paradoksalt at pårørende som krever mye på vegne av pasienten, også mottar mer ressurser fra helsetjenesten. Slike aspekter ser ut til å være mindre diskutert av relevante teoretikere. For eksempel fremhever forfattere (Grimen & Nortevdt, 2004; Skau, 2005) at pasienter er mer sårbare i hjelperelasjonen enn helsearbeidere er. Dette fordi pasienter og pårørende har færre muligheter til å stille upålitelige helsearbeidere til ansvar, og mindre makt og kunnskap til å rette opp feil (ibid.). Sett i lys av empirien fra mine informanter, kan også helsearbeidere oppleve seg presset av pårørende og/eller pasienter. Slike perspektiver ser ut til å være mindre belyst i den litteraturen som jeg har vurdert som relevant for min studie. Sterke pårørende/pasienter kan utøve et stort press på helsearbeidere/mine informanter. Et press som resulterer i at pasienter med ressurssterke

pårørende mottar mer ressurser fra helsetjenesten. Informantene understreket dog at de ikke har opplevd å yte en uforsvarlig helsetjeneste overfor noen pasienter, selv om det ble innrømmet at særlig krevende pasienter/pårørende mottar ofte en bedre tjeneste på vegne av pasienten.

For øvrig kunne dette ovennevnte tema vært et aktuelt område for videre undersøkelser. Under et slikt forskningstema kan for eksempel følgende spørsmål stilles: Er det slik at pasienter og/eller pårørende som krever en bedre helsetjeneste mottar en bedre helsetjeneste?

5.2.2 Betydningen av tillit

Kongruent kommunikasjon: Sammenfallende eller kongruent kommunikasjon var et tema flere av informantene berørte. Informantene fremhev at tillit til dem som personale lett kan bli forringet hvis de ikke er samkjørte i sin kommunikasjon med pasienter. Det vil si at informantene utviser en felles forståelse i forhold til den enkelte pasient som mottar helsehjelp. Det krever igjen at informantene har en tilstrekkelig informasjonsutveksling seg imellom. Informantene er tjent med å opptre konsistente og samkjørte overfor den enkelte pasient. Det handler om tillit, sa informantene. En slik forståelse av tillit samsvarer med det Offe (1999) beskriver som at helsevesenet som institusjon ikke bare er underlagt formelle lover og forskrifter – helsevesenet har også; ”an ethos, an implicit moral theory” (Offe, s. 70). Denne etos og måten det iverksettes på sier noe om institusjonens moralske troverdighet. I dette perspektivet er evnen og viljen til å tilrettelegge for god kommunikasjon og dermed tillit sentralt (ibid.).

Som nevnt overfor er fenomenet tillit et vesentlig aspekt i å praktisere kongruent kommunikasjon. Kongruent kommunikasjon bidrar til å skape tillit, åpenhet og utvikling i en relasjon (Skau 2005). Det er imidlertid ingen mennesker som er kongruente i ett og alt, de fleste er kongruente i større eller mindre grad i en bestemt relasjon eller en bestemt situasjon (Håkonsen, 2009; Røkenes & Hansen, 2006; Rogers, 2003). Sett fra informantenes perspektiv kan det sies at kongruent kommunikasjon var noe de var bevisste på – bevisste på i den grad at de var opptatt av å være samkjørte og utvise en felles forståelse i samarbeid med pasienter.

Særlig utfordrende kommunikasjonsituasjoner: Flere av informantene belyste at det hendte de opplevde særlig utfordrende kommunikasjonsituasjoner. Det kunne for eksempel dukke opp problemstillinger som det var vanskelig å finne gode svar på. Det vil si svar som kan oppleves som en adekvat løsning for både pasient, pårørende og helsetjenesten. Informantene støter med andre ord på dilemmaer i utøvelse av helsetjenesten. I den forbindelse ble det sagt at ressursene ikke er uuttømmelige, og av den grunn skal ressursene helst deles rettferdig i forhold til den enkeltes pasients legitime behov. Dette kan sees i perspektiv av at pasienters forhold til helsepersonell preges av at pasienter overlater skjønn eller vurderinger i profesjonelles varetekt (Grimen & Nortvedt, 2004; Skau, 2003). Det kan for eksempel være helsehjelp, rettighetskrav eller korrekt og utfyllende informasjon, som helsepersonell er pålagt å gi pasienter eller pårørende (ibid.).

Helsepersonell får dessuten betinget ansvar gjennom tillit, og derigjennom får de også makt. Pasientene er under påvirkning av helsearbeideres skjønnsbaserte makt (Mjell, 1997; Schei, 2007). Imidlertid kan verken maktutøvelse eller tillit reguleres fullstendig av normer, regler eller trusler om straff, jamfør Lov om pasientrettigheter (1999), Lov om helsepersonell (1999) og yrkesetiske retningslinjer. Det avgjørende for tilliten er de faktiske handlinger og deres virkninger (Grimen & Nortvedt, 2004; Skau, 2003; Mjell, 1997; Schei, 2007). Refleksjon over slike perspektiver gav flere av informantene uttrykk for. Det ble blant annet understreket at de fant det utfordrende og vanskelig å stå i situasjoner sammen med pårørende og/eller pasienter der uenigheten var presserende. I slike situasjoner er det ofte ikke lover eller forskrifter som er problemet, men heller kompleksiteten i samhandlingssituasjonen. Det kan for eksempel være mange skjulte problemstillinger som det kan være utfordrende eller vanskelig å bringe klarhet i, sa informantene.

Løsninger gjennom dialog: Informantene la særlig vekt på betydningen av å komme i samtale med pasienter og/eller pårørende, samtaler der også eventuell usikkerhet, frustrasjoner eller engstelse blir meddelt. Informantene sa at det handler om å stille åpne spørsmål, komme i dialog og tilrettelegge for trygghet i kommunikasjonen. Flere av informantene gav også inntrykk av at slike aspekter vedrørende dialog, samtale og/eller kommunikasjon er noe de som profesjonelle alltid kan bli bedre på. Dette fordi trygge pasienter meddeler sine perspektiver og eventuell usikkerhet på en mer utfyllende måte hvis de føler seg trygge. Informantene sa at noen ganger er det for lett å tolke pasienten i

diagnostiske termer på bekostning av en mer nyansert tilnærming til den enkelte pasient. Nyansert tilnærming oppnås gjennom samtale, ved å lytte og undre seg sammen med pasienten. Den ovennevnte fremgangsmåten informantene vektlegger i kommunikasjon med pasienter har fellestrekk med en ressursorientert tilnærming, som kan sees i sammenheng med empowerment. En slik tilnærming tar utgangspunkt i at pasienten har unik kompetanse om seg selv, sitt liv og sin helse (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007, Stang, 2003). Informantene ser da pasientenes egne erfaringer som en valid form for kunnskap som kan brukes konstruktivt under oppholdet i korttidsavdelingen.

Forutsetningen for en empowerment-tilnærming er dialogen. Begrepet dialog er sammensatt av det greske "dia" som betyr "gjennom", og "logos" som betyr "ord", "tale", "resonnement" eller "fornuft". En dialog er en virksomhet som utøves gjennom ord, mellom to eller flere personer (Svare, 2008; Eidsvåg, 2005). Kontrasten til dialog kan arte seg som enveisbudskap, monolog og debatt. Ydmykhet og oppriktighet er helt grunnleggende for dialogen. Hvis en av samtalepartene mangler ydmykhet og oppriktighet, blir dialogen brutt (ibid.). Dialog er med andre ord noe som krever bevissthet og må vedlikeholdes under samtalen. Det kan synes som om informantene utviser bevissthet på at dialogen må vedlikeholdes, hvis ikke bryter den sammen. Som tidligere nevnt sier informantene at det kan være for lett å tolke pasienter i diagnostiske termer på bekostning av å tilrettelegge for dialog. Dialogen i empowerment-tenkningen er med andre ord et fenomen som må vedlikeholdes og utvikles i selg selv (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007; Stang, 2003; Svare, 2008; Eidsvåg, 2005). Men som informantene gir uttrykk for, krever dette ydmykhet, oppriktighet samt evne og vilje til å lytte i kommunikasjonen med pasientene og/eller pårørende.

Anerkjennelse: Flere av informantene belyste i løpet av intervjuene aspektet ved å se og anerkjenne og bry seg om den enkelte pasient. På spørsmål om hvordan en bryr seg om den enkelte pasient, var det flere av informantene som sa at de er bevisst på å bruke navnet når de henvender seg til pasienten. En slik bevissthet i kommunikasjon kan sees i sammenheng med at utøvelse av helsetjenester er noe mer enn materielle goder (Offe, 1999). Selvfølgelig må helsepersonellet kunne beherske instrumentelle ferdigheter på grunnlag av objektive fakta, men pasienter trenger også noen som bryr seg (Skau, 2005; Skjervheim, 1996). Å praktisere anerkjennelse handler om å kunne møte den enkelte pasient som en unik person i det unike møtet (Vaglum, 2007; Løgstrup, 2008).

Informantene gav også uttrykk for at deres respons på den enkelte pasients ytringer var av betydning. Det handler om sosial kompetanse, understreket flere av informantene. Dette kan relateres til det Skau (2005) fremhever om ordvalg og språkets betydning. Språket kan brukes til å ekskludere og inkludere (ibid.). Informantene kan sies å være bevisst på å forsøke å inkludere, noe som også kan sees i lys av teorien om empowerment. Empowerment tar utgangspunkt at i samarbeidet bygger på maktdeling, der pasienten har makt i form av egen erfaring og levd liv, mens de profesjonelle kan supplere med sin fagkunnskap til det beste for pasienten (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007). Det motsatte av pasientinvolvering eller manglende evne og vilje til å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte pasient, er disempowering. Disempowering definerer Kettunen, Poskiparta og Karhila (2003) som at medvirkning, dialog og samrefleksjon mellom pasienter og sykepleiere er manglende eller fraværende. Eksempel på det sistnevnte kan for eksempel være at helsepersonell overvelder pasienten med informasjon, spørsmål eller avbrytelser i det pasienten forsøker å kommunisere (ibid.).

5.2.3 Betydningen av tid

En reflektert tilnærming til tidsbruken: Informantene vektla at en måte å bygge opp om symmetri og maktdeling mellom dem og pasienter på, er å bruke tid med den enkelte pasient. De gangene det har oppstått misforståelser, har det ikke sjeldent vært på grunn av at informantene ikke har brukt nok tid på inkomstmøtene, ble det fremhevet. Når det oppstår misforståelser går det ofte tid til å bringe klarhet i det som ikke har vært tydelig nok kommunisert mellom pasienter og informantene. Med andre ord er alle parter tjent med å bruke tiden kvalitativt godt. Slike perspektiver stemmer også overens med andre studier (Eldth, Ehnfors og Ekman, 2006; Bostrøm, 1999; Sandanger 2009; Nuland, Hannes, Aertgeerts & Goedhuys 2008). Studiene fremhever særlig betydningen av at helsepersonellet bryr seg og utviser en genuin oppmerksomhet i møtet med pasienten. De relasjonelle ferdighetene til helsepersonellet har stor betydning i form av evne og vilje til å ta seg tid til refleksjon med den enkelte pasient. I den grad helsepersonell behersker de sistnevnte aspekter, kan det skape trygghet hos pasienten. Dette både i forhold til reduksjon av stress og i forhold mestrings av egen sykdom. Derimot er mindre heldige kommunikasjonssituasjoner med helsepersonell en faktor som kan bidra til usikkerhet og stress (ibid.).

Knapphet på tid: Noen av informantene belyste hvordan knapphet på tid eller tidsmangel kan gjøre seg gjeldende. For eksempel beskrev en informant hvordan tidsmangel kan ha betydning i samarbeid med pasienten. Informanten sa at knapphet på tid kan gjøre seg gjeldende i forhold til mobilisering av pasientens ressurser. Dette ved at personalet hjelper pasienten med ting pasienten kunne ha utført selv, og således kan pasienten gå glipp av verdifull egentrening og vedlikehold av egne ressurser. Det informanten gir uttrykk for kan tolkes som tidspress eller krysspress. Dette fordi blandede motiver kan utløses hos informantene på grunn av knapphet på tid (Vaglun, 2007; Nordtvedt, 2001).

I et teoretisk perspektiv (Vaglun, 2007; Nordtvedt, 2001) er for øvrig den gode holdningen som uttrykkes gjennom blikkets vennlighet, talens tone, de undrende spørsmål eller håndens varsomhet ikke uavhengig av ytre institusjonelle og økonomiske rammer; tidspress kan slå inn, påvirke en holdning, forandre en stemning eller sette en annen tone i relasjonen. Med andre ord kan effektivitetspress eller knapphet på tid forringe kvaliteten i relasjonen mellom helsearbeider og pasient. Dette på grunn av krysspress som kan utløse blandede motiver (ibid.).

Det overnevnte teoretiske perspektivet samsvarer også med det en annen informant gav uttrykk for. Informanten sa at når det er knapphet på tid i avdelingen passer hun/han på å ikke stille åpne spørsmål til pasientene, fordi når det stilles åpne spørsmål legges det til rette for lengre svar fra pasienten. Dette er ugunstig hvis det er travelt i avdelingen. Nok en informant sa at han/hun har opplevd en følelse av dårlig samvittighet overfor pasienter på grunn av tidsmangel. Informanten utdypet videre at tidsmangel kunne forringe kvaliteten på arbeidet.

I St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006) heter det blant annet at reell brukerinnflytelse forutsetter at fagprofesjoner legger empowerment av pasienten til grunn for sitt arbeid. Ut fra erfaringene til mine informanter kan det se ut som at praktiseringen av empowerment ikke alltid er like lett. Dette på grunn av tidsmangel, som beskrevet over. Empowerment på individnivå forutsetter blant annet at helsearbeideren er orientert mot pasientens ressurser – ikke problemer eller mangler (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten, 2007; St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006). Imidlertid kan pasienten bare ”empower” seg selv, men helsepersonellet kan opptre assisterende og konstruktivt i empowermentprosessen med pasienten (ibid.). Å opptre

konstruktivt og assisterende med pasienten forutsetter ofte at man setter av tid til prosessen (Eldth, Ehnfors og Ekman, 2006).

Slike perspektiver som beskrevet over, blir også belyst i dagsaktuell forskning. Et forskningsprosjekt, som er finansiert av *Forskningsrådets Program for helse- og omsorgstjenester*, belyser også aspekter ved tidsmangel og påfølgende krysspress som helsepersonell opplever i praksis (Nortvedt, 2010). Dette pågående prosjektet avsluttes juni 2011, så dermed er ikke konklusjonene klare. Imidlertid er det offentliggjort en foreløpig resultatbeskrivelse, og i den heter det at:

”Mange av dem vi har snakket med, beskriver en vanskelig hverdag preget av dårlig samvittighet og en konstant følelse av ikke å strekke til. Dette er ofte verre for de yngre og mindre erfarne legene og sykepleierne, forteller Per Nortvedt, professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo” (Nortvedt, 2010).

De foreløpige forskningsresultatene til Nortvedt (2010) vedrørende tid og påfølgende tidsmangel ser også ut til å samsvare med enkelte aspekter belyst i min studie. Dette finner jeg interessant i den hensikt å fremheve hva mangel på tid kan bety i samhandlingen mellom mine informanter og pasienter.

6.0 Konklusjon

Hensikten med studien har vært å belyse problemstillingen: *Hva mener myndiggjorte medarbeidere kjennetegner det gode møte mellom pasient og helsearbeider?* Konkretisert vil det si å belyse informantenes meninger, tanker og erfaringer relatert til kommunikasjon med pasienter i deres yrkeskontekst.

Min tilnærming til valg av datainnsamlingsmetode og analyse representerer antakelig hovedbegrensningene vedrørende funn og fortolkninger i denne studien. Imidlertid, dersom begrensninger og svakheter ved metodologien tas til etterretning, finner jeg mine funn og fortolkninger troverdig når det gjelder å belyse informantenes perspektiver og utfordringer vedrørende kommunikasjon og samhandling med pasienter i deres kontekst.

Evne til å opptre kongruent, bevissthet angående aktiv lytting, formulering av spørsmål, tilpasse seg den enkelte pasients kommunikasjonsstil og tilrettelegge for tillit i relasjonen til pasienter, fremheves som viktige aspekter via funn og fortolkninger i denne studien. Slike aspekter samsvarer for øvrig med empowerment-tenkningen på individnivå. Imidlertid kan det synes som om mangel på tid også kan gjøre seg gjeldende i informantenes yrkeskontekst, noe som igjen kan være en hemmer for empowerment og tilhørende pasientmedvirkning.

Når det gjelder perspektiver og forslag til videre forskning ville det vært interessant å forske på hvordan pasientene opplever kommunikasjon og samhandling med myndiggjorte medarbeidere/mine informanter.

Et annet interessant aspekt vedrørende kommunikasjon og samhandling i denne studien, er at ressurssterke pasienter/pårørende som er pågående og krever mye av helsetjenesten, tenderer til å motta mere ressurser. Dette temaet ville også være et spennende område for videre studier. Under et slikt forskningstema kan for eksempel følgende spørsmål stilles: Er det slik at pasienter og/eller pårørende som krever ekstra ressurser fra helsetjenesten mottar en bedre helsetjeneste?

7.0 Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg - Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Aadland, E. (2001). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. (3. utg.) Oslo: Det norske samlaget.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol 6, nr.1. Andrews, Therese 2003: "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggend *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol 6, nr.1. , ss. 30-42.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). Empowerment - et moteord? I O. P. Askheim, & B. Starrin. (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (ss. 13-20). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse - nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bostrøm, V. (1999). *De sårbare unge pårørende* . Oslo: Hovedfagsoppgave. Institutt for sykepleievitenskap. UiO.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* , ss. (49) 651-61.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* . (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nystrom, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Stockholm: Studentlitteratur AB Lund Sweden.
- Eide, H., Eide, T., & Eide, E. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 .utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eidsvåg, I. (2005). *Den gode lærer i liv og diktning*. Oslo: Cappelen.
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics*, 13 , ss. (5) 503-514.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, ss. 354-361.
- Giddens, A. (2010). *Sociology* . Cambridge: Polity Press. UK

- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger - innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Nortvedt, P. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gulbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon - også for legens skyld! *Tidsskrift for Den norske legeförening*, ss. 2840-2842.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg) Oslo: Cappelen Akademisk.
- Heggen, K., & Mjell, J. (1997). *I Askeladdens fotspor*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, ss. (4) 501 - 508.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring - innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget .
- Kettunen, T., Poskiparta, M. P., & Karhila, P. (2003). Speech practices that facilitate patient participation in health counselling - A way to empowerment? *Health Education Journal*, Vol. 62, No. 4, , ss. 326-340.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, K. (2008). *Den etiske fordring*. Oslo: Gyldendal.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. Oslo: (2. utg.) Universitetsforlaget.
- Nerdrum, P. (2007). Empatiske utfordringer i terapeut-pasient-relasjonen. I P. Nerdrum, *Pasienten og sykdommen - psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (ss. 255-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, P. (2001). Profesjonell omsorg - dyd eller ferdighet? I K. W. Ruyter, & A. J. Vetlesen, *Omsorgens tvetydighet - egenart, historie og praksis* (ss. 41-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU. (1998). *NOU 1998: 18. Det er brukt for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: NOU 1998: 18. (1998). Det er brukt for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i Sosial- og helsedepartementet.
- Nuland, M. V., Hannes, K., Aertgeerts, B., & Goedhuys, J. (2008, Issue 4). Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation. *The Cochrane Collaboration*, ss. 1-10.

- Offe, C. (1999). How can we trust our fellow citizens? I M. Warren, *Democracy & Trust* (ss. 42-88). Cambridge: Cambridge University Press. UK.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3. utg) London: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Regjeringen. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 med endringer, sist ved lov av 19. juni 2009 nr. 97 (i kraft 1. januar 2010)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Regjeringen. (1999). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 med endringer, sist ved lov av 18. desember 2009 nr. 131 (i kraft 1. januar 2010)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget.
- Rogers, C. R. (2003). *Client Centred Therapy - Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment - gammel vi på nye flasker? I O. P. Askheim, & B. Starrin. (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (ss. 34-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandanger, H. (2009). *Helsefremmende dialog: en kvalitativ studie av kvinner med brystkreft imøte med helsepersonell*. Lillestrøm: Mastergrad ved Høgskolen i Akershus, EHM.
- Schei, E. (2007). *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner - et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykotterapi*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp - om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- St.meld. nr. 25. (2006. (2005-2006)). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 26. (1999. (1999-2000)). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.meld. nr. 28 28 (2000). (1999-2000). . (2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stang, I. (2003). En innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans i velferdsstaten. I H. A. Hauge, & M. B. Mittelmark. (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid - Fra monolog til dialog?* (ss. 141-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Svare, H. (2008). *Den gode samtalen - kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax Forlag.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *Journal of Nursing Management*, 13 , ss. (1) 13-21.
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning - mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaglun, P. (2002, august). Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-forholdet. *Tidsskrift for Den norske legeforening* , ss. 1906-1909.
- Vaglun, P. (2007). Må vi bry oss om psykologiske forhold hos pasienter med somatiske lidelser? I P. Nedrum, *Pasienten og sykdommen - psykiske faktorer ved somatisk sykdom* (ss. 13-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Warren, M. E. (1999). Democracy and Trust. I M. E. Warren, *Democracy & Trust* (ss. 310-345). Cambridge: Cambridge University Press.UK.
- WHO. (1998). Health promotion. *World Health Organization* , s. 16.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.
- Wikman, A. M., & Fältholm, Y. (2006). Patient empowerment in rehabilitation. *Advances in Physiotherapy* , ss. 23-32.

VEDLEGG 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I INTERVJUUNDERSØKELSE

Bakgrunn

Jeg er student ved masterutdanningen i Ernæring, helse- og miljø ved Høgskolen i Akershus (HiAk). I forbindelse med masteroppgaven vil jeg gjennomføre en intervjuundersøkelse om hva myndiggjorte medarbeidere mener kjennetegner det gode møtet mellom bruker/pasient og yrkesutøver. Hensikten med undersøkelsen er å få frem myndiggjorte medarbeideres meninger, tanker og erfaringer om møter mellom pasienter/brukere og helsepersonell. Jeg spør med dette om du vil være interessert i å delta i intervjuundersøkelsen.

Framgangsmåte

Intervjuene vil bli organisert som individuelle samtaler mellom student og informant, og har et tidsestimert på cirka én time i et adskilt rom ved Lørenskog sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Akershus. Intervjuene vil finne sted i tidsrommet fra 31. august til 14. september. Jeg vil bruke digitalopptaker og ta notater under intervjusamtalene. Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle data fra deg slettes. Alle opplysninger vil bli håndtert konfidensielt og anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i den ferdigstilte masteroppgaven. Dessuten vil alle opptakene slettes innen desember 2010. Hvis du skulle ha behov for kontakt eller oppfølging etter intervjuet, kan du henvende deg til undertegnede. Du kan også eventuelt henvende deg til mine veiledere ved HiAk (se kontaktinformasjon under).

Veileder ved HiAk: Høgskolelektor Onstad, Ragnhild Flittie.

Tlf:

E-post:

Veileder ved HiAk: Førsteamanuensis Tveiten, Sidsel.

Tlf:

E-post:

Drammen 16.08.09
Ørjan Bernhart

Tlf:
E-post:

Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonen over og samtykker med dette å delta i intervjuundersøkelsen.

Dato: _____

Dato: _____

Informant: _____

Masterstudent: _____

Underskrift: _____

Underskrift: _____

VEDLEGG 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havstift Høyteigen gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 98 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sidsel Tveiten
Avdeling for yrkesfaglererutdanning
Høgskolen i Akershus
Postboks 423 Kjeller
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 23.07.2009

Vår ref: 22149 / 2 / RCH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.06.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 22.07.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22149	<i>Hva mener nyutdannede medarbeidere kjennetegner det gode møte mellom bruker/pasient og helsepersonell</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Sidsel Tveiten</i>
Student	<i>Ørjan Bernhart</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hentrichsen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Ørjan Bernhart, Rektor Olstengt 4, 3044 DRAMMEN

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uisi.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim, Tel: +47-73 58 19 07, nsd@ntnu.no
DRAMMEN: NSD, Høgskolen i Drammen, 3617 Drammen, Tel: +47-37 64 43 36, nsd@hio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22149

Utvalget består av 6-8 sykehjemsansatte som deltar i sykehjemmets kvalitetshevingsprosjekt.

Studenten kontakter hovedprosjektleder ved sykehjemmet som så setter studenten i kontakt med aktuelle informanter.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Personvernombudet har vurdert informasjonsskrivet og finner det tilfredsstillende forutsatt at kommentar fra ombudet blir etterfulgt (jf. e-post 6. juli 2009 og telefonsamtale 22. juli 2009).

Personvernombudet legger til grunn at informantene ikke gir informasjon om tredjepersoner (pasienter) og at taushetsplikten derfor ikke vil være til hinder.

Innsamlede opplysninger registreres på privat PC. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Høgskolen i Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

Senest ved prosjektslutt 1. desember 2010 vil datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak og navneliste/koblingsnøkkel slettes, samt at indirekte identifiserende opplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

VEDLEGG 3

INTERVJUGUIDE

Det første jeg vil starte med er en innledning i forhold til det informerte samtykket informantene har mottatt. Videre vil jeg spørre om de har noen ytterligere spørsmål angående undersøkelsen. Deretter følger jeg opp med spørsmål som omhandler informantens relevante erfaring, hvor lenge den enkelte har vært ansatt i nåværende stilling, utdanning etc. Med et cetera i denne sammenheng mener jeg å følge opp relevante svar fra informanten i den hensikt å legge til rette for tillit mellom meg og informanten. Lette og relevante innledningsspørsmål har også den funksjonen at de kan bidra til å skape en uformell stemning der informanten føler seg fri til å ytre seg på en ærlig måte. I fortsettelsen av innledningen vil informanten få spørsmål om begrepene han/hun bruker til å beskrive sine brukere, eller anvender vedkommende heller begrepet pasienter, eller kanskje beboere...? Hensikten er at jeg skal få en forståelse av informantens begrepsbruk og forholde meg til informantens sentrale termer når jeg stiller oppfølgingsspørsmål.

Spørsmål 1: *”Hva mener du kjennetegner et godt møte mellom deg og pasient/bruker/beboer...?”*

Spørsmålet over er åpent og informanten oppfordres til å gi lange utdypende svar. Som intervjuer vil jeg følge opp de svar informanten gir i den hensikt å få nyanserte beskrivelser av informantens meninger, holdninger, vurderinger, verdier og virkelighetsforståelse i forhold til prosjektets tema. Slike oppfølgingsspørsmål kan for eksempel lyde som: *”Kan du si noe mer om dette...? Forstår jeg deg riktig når jeg oppfatter at...?”* *”Kan du fortelle mer om..?”* *”Vil du beskrive..?”* Eller det kan være faguttrykk informanten bruker som jeg ber om nærmere forklaring på. Likeledes hvis noe blir vagt beskrevet av informanten vil jeg forsøke å få mer nyanserte beskrivelser fra informanten, hvis jeg finner det etisk forsvarlig. (Etisk forsvarlig: Et intervju skal ikke oppleves som en eksamen eller som et forhør (Kvale, 1997).

Spørsmål 2: *”Kan du gi et eksempel på et møte du opplevde som godt...?”*

Mulige oppfølgingsspørsmål: ”Hva var det som gjorde det godt... ?” ” Hva tenker du om ord du bruker i denne sammenhengen, kroppsspråk, relasjon, respekt...?” ”Hva er det du gjør for å samhandle godt..?”

Oppfølgingsspørsmålene i spørsmål 2 vil bli stilt direkte eller indirekte alt etter hvor nyanserte svar informanten gir i forhold til spørsmålet.

Spørsmål 3: ”Det hadde vært fint om du kunne gi et eksempel på et møte som du opplevde som spesielt utfordrende eller vanskelig....?”

Mulige oppfølgingsspørsmål: ”Hva var det som gjorde det vanskelig....?” ” Afasi eller annen skade eller sykdom hos pasienten/brukeren/beboeren... ”? ” ”Rammen rundt situasjonen...?” ” Pårørende....?”










Spørsmål 4: *Hva mener du kreves av en person som vil samhandle godt i en slik jobbsituasjon som du er i...?*

Spørsmål 5: *Før vi avslutter, er det noe du vil tilføre, noe du har tenkt på eller lignende...?*

VEDLEGG 4

Masteroppgave

[https://rhea.hiak.no/exchange/Orjan.Bernhart@stud.hiak.no/Sendte et](https://rhea.hiak.no/exchange/Orjan.Bernhart@stud.hiak.no/Sendte%20et%20vedlegg)

 Svar  Svar til alle  Videre-send      Lukk  Hjelp

Fra: Bernhart Ørjan
Til: kao@lorenskog.kommune.no
Kopi:
Emne: Masteroppgave
Vedlegg:

Sendt: ti 05.05.2009 09:42

[Vis som webside](#)

Hei.

Jeg henviser til tidligere telefonsamtale angående muligheten til å knytte min masteroppgave til Lørenskog sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Akershus. Min prosjektbeskrivelse er nå godkjent og jeg har startet på forberedelsene til gjennomføring av masteroppgaven. I denne sammenheng er jeg spent på hvordan dere stiller dere til mitt prosjekt. Tittelen på prosjektet er: "Hva mener myndiggjorte medarbeidere kjennetegner det gode møtet mellom bruker/pasient og helsepersonell?"

I forbindelse med masteroppgaven har jeg til hensikt å gjennomføre en intervjuundersøkelse om hva myndiggjorte medarbeidere mener kjennetegner det gode møtet mellom bruker/pasient og yrkesutøver. Hensikten med undersøkelsen er å få frem myndiggjorte medarbeideres meninger, tanker og erfaringer rundt møter mellom pasienter/brukere og helsepersonell.

Jeg håper at dere stiller dere positive til mitt prosjekt.

Med vennlig hilsen
Ørjan Bernhart, masterstudent ved Høgskolen i Akershus

Tlf: 90502678
E-post: orjan.bernhart@stud.hiak.no