



SJUKSKÖTERSKANS KOMMUNIKATIVA FÖRMÅGA
- ett verktyg i det dagliga omvårdnadsarbetet

Författare: Roger Granqvist, Tommy Stärnerz & Björn Westerlind

Handledare: Marita Eriksson

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 01:V

Institutionen för omvårdnad

Oktober 2003

Arbetets titel: Sjuksköterskans kommunikativa förmåga – ett verktyg i det dagliga omvårdnadsarbetet
The nurse's communicative ability – a tool in daily care

Författare: Roger Granqvist, Tommy Stärnerz, Björn Westerlind

Handledare: Marita Eriksson

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 34

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:V

Datum: Oktober 2003

ABSTRACT

A large part of the nurse profession include that the nurse creates a good relationship between the nurse and the patient, were as the communication has got a central part so that the relationship can be strong and long lasting.

The aim with this study was to clarify the meaning of nursing communication between the nurse and the patient. By studying the literature in the area the authors come to the results that showed the importance of communication between the nurse and the patient in many different angles and dimensions. This highlight nurses needs of knowledge, self-awareness and empathy. By giving the patient the right treatment and support the relationship will be stronger and the nursing treatment will reduce the suffering and misunderstanding. The conclusion is that the nurse through the nurse communication can reduce psychosocial suffering for the patient by retaining the right knowledge.

Keywords: Communication, conversation, nursing, relationship.

Nyckelord: Kommunikation, samtal, omvårdnad, relation.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kommunikation	1
Kommunikation i omvårdnad	3
Sjuksköterskans ansvar	5
Samtal inom hälso- och sjukvård	5
Omvårdnadskommunikation	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	10
RESULTAT	11
Hinder för en god omvårdnadskommunikation	11
Sjuksköterskans kommunikativa kompetens	14
Kommunikation som verktyg i omvårdnad	14
Patienten i centrum	16
Sjuksköterskans autonomi	16
Empati	17
En god kommunikation - en god relation	18
Att bygga en relation	18

Relationen sjuksköterska och patient	19
Relationen vårdpersonal och anhöriga	21
Att tala sanning	21
Humorns effekter	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	23
Fortsatt forskning	30
LITTERATUR	31

INLEDNING

I samband med sjukdom och/eller ohälsa är det många tankar av olika slag som väcks hos den drabbade. De handlar bland annat om sjukdomen/ohälsan och hur denna kommer att inverka på vardagen. Många av svaren på dessa frågor, samt bekräftelse för många känslor, hoppas patienten finna hos sjuksköterskan. Under våra kliniska studier har vi funnit att kunskapen i att möta detta behov ofta brister.

Vid sjukdom eller skada då det krävs sjukhusvård eller insats från sjukvården påverkas alltid individen i fråga på ett eller annat sätt. Att läggas in på sjukhus eller institution, innebär alltid en viss grad av integritetskränkning och uppgivande av autonomi skriver Cullberg (1992). Med autonomi menar Cullberg självständighet, oberoende, och självstyrande. Om en individ får sin integritet kränkt innebär detta oftast smärta för jaget, och kan föra med sig en minskad självkänsla. Sjukhusvistelse innebär också många nya saker att anpassa sig till som exempelvis nya miljöer, rätta sig efter rutiner som inte är anpassade efter ens egen vardag, orka visa hänsyn och ha tolerans för medpatienter samt tala om personliga saker med personer man nyss träffat. Detta kan vara mycket svårt, trots att de är sjukvårdspersonal och att man som patient förväntas tala om sådant som kan kännas väldigt privat, om det kan vara till gagn för kommande eller pågående omvårdnad eller behandling.

BAKGRUND

Kommunikation

Begreppet kommunikation kan definieras som ett utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller fler parter. Kommunikationsbegreppet kommer från latinets *communicare* som betyder att göra något gemensamt, göra någon annan delaktig i, ha förbindelse med. Det dagliga livet grundar sig på relationer till andra människor, kommunikation utgör grunden för dessa relationer (Eide & Eide 1997). Eide och Eide fokuserar på kommunikation i relationer. Begreppet relation

kommer från latinets relatio och detta innebär att ett objekt står i förbindelse med ett annat. Tre grundläggande element kan sägas utgöra stommen för relationskommunikation, det är de två individerna som ingår i relationen och de tecken de byter. Två personer kan kommunicera med olika tecken och signaler, de kan använda sig av verbal kommunikation såväl som ickeverbal kommunikation. Den verbala kommunikationen innebär att innehåll förmedlats språkligt, antingen genom tal eller genom skrift. Ickeverbal kommunikation innebär att signaler utbyts på andra sätt, exempelvis genom ansiktsuttryck, kroppshållning, röstläge, rörelser eller beröring. I relationer människor emellan signalerar vi verbala och ickeverbala uttryck på många olika nivåer, exempelvis medvetet eller omedvetet, kontrollerat eller spontant, rationellt eller emotionellt, distanserat eller empatiskt. Det ickeverbala spelar en minst lika stor del i en kommunikation som det verbala, Dimbleby och Burton (1997) hävdar att 80 % av innehållet som utbyts i en interaktion ansikte mot ansikte utgörs av ickeverbala budskap. Faulkner (1995) skriver att de första intrycken man får av en person ofta baseras på ickeverbala signaler, detta utan att veta i vilken sinnestämning personen i fråga befinner sig i eller vilken personlighet individen har. Den ickeverbala utstrålningen är ofta avgörande för om en person uppfattas som exempelvis trevlig eller kanske tjurskallig. Att enbart basera sina intryck till de ickeverbala beteendena kan göra att vi felaktigt placerar in människor vi möter i olika fack, att vi dömer människor vid första anblicken. Att lära sig ickeverbalt beteende har befunnits omöjligt, vi kan emellertid öka vår kunskap för kommunikation och därmed öka den empatiska förmågan under ett samtal. När verbala signaler och ickeverbala signalerna inte stämmer överens tolkas de ickeverbala som de mest trovärdiga.

Dahlkwist (1994) menar att vi ibland som människor passivt tar emot olika typer av budskap, när vi tittar på tv, lyssnar på musik eller läser ett brev så handlar det om envägskommunikation. Det positiva med envägskommunikation är att den är snabb och okomplicerad, det kan alltså vara av värde i stressade situationer. Tvåvägskommunikation innebär att en lyssnare tar emot budskapen som talaren

förmedlar och dessutom har chans att ställa frågor vid eventuella oklarheter. En vanlig konversation två vänner emellan eller en lektion där elever tillåts vara delaktiga är exempel på tvåvägskommunikationer. Fördelarna med tvåvägskommunikation är att risken för missförstånd minskar och båda parter ofta kan känna sig delaktiga i eventuella beslut som fattas. Falsk tvåvägskommunikation innebär att talaren uppmanar lyssnaren att delta men med sitt kroppsspråk säger raka motsatsen.

All kommunikation handlar enligt Nilsson och Waldemarsson (1990) om tecken och koder där tecken kan bestå av antingen signaler eller symboler. En signal har en entydig betydelse medan en symbol kan betyda fler saker, ett rött trafikljus är exempelvis en signal då det bara betyder en sak. En bokstav är en signal medan ett ord är en symbol då det kan ha olika innebörd för olika människor. Koder är de system i vilka tecknen organiseras och struktureras.

Människor skapar kontakt med varandra genom kommunikation och samspel. Ibland är samspelet meningsfullt och fungerar bra, parterna delar problem, intressen och mål, båda parter ger och båda parter får. Ibland fungerar inte samspelet alls, människor möts men inget samspel inträffar, personerna kan kommunicera utan att egentligen engagera sig i varandra, de pratar till varandra men inte med varandra. För att upprätthålla en god kontakt med andra människor måste personerna först ha en god kontakt med sig själva. Tidsbrist är ingen undanflykt för misslyckande av kontaktskapandet, det behöver inte ta lång tid att skapa en god kontakt (Dahlkwist, 1994).

Kommunikation i omvårdnad

Kommunikation med patienter och anhöriga är fundamentalt i omvårdnaden. Kommunikation med en patient som är rädd eller har smärtor är mycket olik den kommunikation som sker när man skall förbereda en patient för någon slags

behandling. Att ställa frågor, att hjälpa patienten med att uttrycka sina känslor och att ge närhet genom beröring, är andra former av kommunikation som visat sig vara viktiga delar av god vård. Sjuksköterskan har kommit långt när det gäller att påverka patientens upplevelse av sin situation. Sjuksköterskan kan påverka patienten genom att vägleda, undervisa, stödja, uppmuntra och visa förståelse och empati. Det finns dock andra skäl till att sjuksköterskan behöver uppöva sin förmåga att kommunicera, nämligen för att skapa kontakt mellan sjuksköterskan och patienten, vilket i sin tur medför att patienten kan lita på sjuksköterskan och öppna sig för att aktivt kunna ta emot hjälp. Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste verktyg när det gäller att informera, samla in data och undervisa patienten (Hanssen, 1997).

För att kunna använda sig av kommunikationen i omvårdnadsarbetet behöver sjuksköterskan samarbeta med patienten ur fem kommunikationsperspektiv. I det biologiska perspektivet tittar sjuksköterskan på patientens fysiologiska kommunikation det vill säga puls, blodtryck, andningsfrekvens, svettning och andra tillstånd som förklarar hur patienten mår. I det fysiska perspektivet siktar sjuksköterskan in sig på att skapa en god och rogivande miljö som gör att patienten känner sig trygg. I psykologiska perspektivet skall sjuksköterskan minska risken för att miljön skapar en stress eller rädsla. I detta perspektiv är tillit till människorna ett nyckelord, för att patienten skall öppna sig. Den aktuella situationen präglas här av tidigare upplevelser. I det sociokulturella och systematiska perspektivet är det väsentligt att sjuksköterskan använder ord och uttryck som är bekant för patienten. Främmande medicinska uttryck kan vara hämmande på kommunikationen, och likaså när man använder barnspråk till vuxna personer. Likaväl som kroppsspråket kan ge ett gott resultat så kan den ickeverbala kommunikationen hämma mötet med patienten. Det är även så att patienten ofta uppfattar det ickeverbala språket som äkta om det råder tvivel mellan ickeverbala och det verbala budskapet. Patienter med samma diagnos kan ändå uppleva sjukdom på olika sätt. Därför bör sjuksköterskan i mötet med

patienten utgå från den individuella upplevelse som hon/han har ifråga om premisser och ståndpunkt. Patienten sätter värde på sjuksköterskans intresse och värme (Hanssen, 1997).

Sjuksköterskans ansvar

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och i Socialstyrelsen allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård (SOSFS. 1993:17) finns att läsa hur hälso- och sjukvård skall bedrivas på ett sätt som uppfyller kraven för god vård och trygghet för patienten. Det åligger sjuksköterskan att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa från individens förutsättningar, minska lidande och ge patienten möjlighet till en värdig död. Vidare står det att sjuksköterskans förhållningssätt gentemot patienten skall präglas av respekt för dennes integritet och självbestämmande, samt att människors lika värde oavsett bakgrund, skall ligga till grunden för ett respektfullt bemötande. Vidare lyfts också vikten av individuellt anpassad omvårdnad och information till patienten fram. I uppfyllandet av ovanstående samt i kraven för uppfyllandet av god hälso- och sjukvård ligger bland annat kravet att främja goda kontakter mellan sjuksköterska och patient.

Samtal inom hälso- och sjukvård

Flera olika former av samtal förekommer inom hälso- och sjukvården, och kan vara psykoterapeutiska-, avlastande-, motiverande-, pedagogiska-, utredande-, utvärderande-, och stödjande samtal.

Psykoterapeutiska samtal används som en behandlingsmetod i syfte att bearbeta fixeringar i tidigare utvecklingsstadier. I det psykoterapeutiska samtalet finns det flera olika typer av samtal, till exempel insiktsterapi, psykoanalytisk terapi och jagstärkande terapi.

Psykoanalysen är en krävande behandling där låsningar i tidigare utvecklingsfaser bearbetas för att individen skall befrias från oönskade symtom som ångest, depression eller missbruk. Det krävs cirka fyra samtal i veckan i fem år. I samtalet får patienten ligga ner för att lättare kunna slappna av. Analytikern ber personen att förtydliga oklarheter och konfronterar denne med motsägelser av olika slag. Sedan tolkar analytikern det som sägs så att det blir förståeligt för individen. Insiktsterapi är en mildare form av psykoanalys. I samtalet bearbetas tidiga svåra upplevelser. Samtalet äger rum en till två gånger i veckan och målet är att individen skall förstå sitt beteende, sina känslor och sina behov för att må bättre. Jagstärkande terapi har som syfte att förstärka och utveckla individens jag funktioner. De funktioner som stärks är exempelvis förmågan att lösa konflikter, tolerera ångest och att vara verklighetsförankrad (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996).

Ett avlastande samtal innebär att en person som har många obearbetade känslor i sig kan behöva tala med någon. Sjuksköterskans uppgift är då att fungera som avlastare. Det vill säga att hon lyssnar på patienten utan att komma med goda råd. Sjuksköterskan lyssnar och tar emot vårdtagarens känslor utan att försöka skaka dem av sig. Detta brukar kallas för att ha en containing funktion. Genom självkänedom och handledning utvecklas förmågan att stå ut med egna och andras känslor (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996).

Motiverande samtal är samtal som avser att få en vårdtagare att förändra sitt levnadssätt. Det kan vara så att vårdtagaren inte inser eller förstår att en viss sorts behandling är den bästa för att må bra. Att motivera en vårdtagare är att stimulera henne i en viss riktning (Johansson, 1989). Syftet är att medvetengöra henne till ett förändrat levnadssätt. Att bryta mönster är ett känsligt arbete som måste bedrivas med respekt för vårdtagaren och dennes anhöriga. Förändringen måste vara patientens eget ansvar för att resultatet skall bli bra. Grunden i motiveringsarbetet är att kartlägga och utmana det som skall förändra

vårdtagarens mål, samt att finna anledningar till att förändra hans/hennes nuvarande situation. Motiverade samtal bedrivs i många verksamheter, bland annat används samtalet vid viktminskning, att sluta röka, samt inom missbruksvården (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996).

Det pedagogiska samtalet innefattar att ge information som ren undervisning. Inom vården används samtalet i samband med information om sjukdomar som vårdtagaren drabbats av. Informationen följs av praktiska råd och tillvägagångssätt för hur vårdtagaren skall må bättre (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996). Samtalet som pedagogisk metod innebär också en personifiering av patientens framträdande inför sjuksköterskan. Det pedagogiska samtalet är till för att patienten skall våga visa sina känslor, erfarenheter och sin person inför sjuksköterskan. Detta skapar en starkare relation mellan patienten och sjuksköterskan (Faulkner, 1995).

Det utredande samtalet handlar om att ta reda på vårdtagarens behov. Ett exempel på utredande samtal är ankomstsamtalet. I samtalet ställer sjuksköterskan frågor för att försöka förstå olika besvär och problem. Sjuksköterskan skall vara mottaglig för all slags kommunikation och inte bara den verbala (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996).

Utvärderande samtal utgår från vård och omsorgens mål och delmål. För att veta om dess mål är uppnådda krävs utvärdering av vård och omsorgen. I utvärderingen måste alla yrkeskategorier medverka som har haft med vårdtagarens vård att göra (Johansson, 1989). Sjuksköterskan som är närmaste kontakt med vårdtagaren utvärderar mål och delmål tillsammans med vårdtagaren genom samtal. Samtalet kan handla om hur det gick i vården, vad som hände, om målen var för högt satta och så vidare. Utifrån samtalet sätts nya mål och delmål (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 1996).

I stödjande samtal är det väsentligt med teoretiska kunskaper, exempelvis om kriser. Syftet med stödjande samtal är att öka individens självkänsla, öka personens egenförmåga, att fatta beslut, att genomföra dem och att ta konsekvenserna av dem. Under samtalet skall man inrikta sig på både det som sägs och det som förblir outtalat (Johansson, 1989). Engquist (2001) beskriver stödjande samtal som något som kan vara till stöd för en person som är i stånd att förverkliga en plan som har kartlagts. Syftet är att personen skall bli allt mer självgående och oberoende av stöd och hjälp. Andersson-Höglund & Hedman-Ahlström (1996) menar att sjuksköterskans uppgift är att stötta utifrån patientens behov och inte utifrån sina egna. En god självkänedom hos sjuksköterskan så att hon/han uppfattar överföringar och motöverföringar är en absolut förutsättning för att utföra ett stödjande samtal.

Enligt Hanssen (1997) har forskning visat hur man informerar och förklarar en sak inför en patient har stor betydelse. En patient som exempelvis har fått en bra förklaring innan en operation känner mindre oro och rädsla än en patient som fått knapphändig information.

Hanssen (1997) talar om att den som visar tillit förväntar sig att mottagaren visar samma förhållningssätt och ställer sig till förfogande. Om mottagaren inte ställer upp på detta utan missbrukar det, kan detta utlösa kraftiga känslomässiga reaktioner hos den som lämnat ut sig, denne kan känna en känsla av att ha blottat sig. Under alla möten människor emellan finns en förväntan om att denna tillit tas emot. Sjuksköterskan kan inte ta för givet att patienten kan känna förtroende för honom eller henne, tillit och förtroende är något som växer fram under resans gång, mycket beroende på de inblandades inställning.

Empati är ett nyckelord i detta sammanhang och det tål att upprepas, för att lyckas använda kommunikationen i ett stödjande syfte inom omvårdnad måste förmedlaren, i detta fall sjuksköterskan ha förmåga till inlevelse och medkänsla,

alltså det som empatibegreppet står för. Sjuksköterskor besitter kunskap och färdigheter och det är värdefullt att förmedla detta till patienten på ett korrekt sätt. Eide och Eide (1997) menar att yrkeskunskap och empati är de mest grundläggande förutsättningarna för professionell omvårdnad och kommunikation. Den tredje länken kopplad till dessa är målorientering, alltså att låta kommunikationen styras av professionens överordnade mål.

Omvårdnads kommunikation

I föreliggande arbete avses med omvårdnads kommunikation de samtal som förekommer dagligen mellan sjuksköterska och patient. Vanligtvis är dessa inte planerade utan sker spontant då patienten känner sig mogen för detta eller då sjuksköterskan identifierat ett behov av exempelvis stöd eller undervisning hos patienten. Samtalen är till sin karaktär en del av omvårdnadsarbetet och innehåller delar av de samtal som beskrivits tidigare i bakgrunden så som: avlastande, motiverande, pedagogiska, utredande och stödjande. Däremot har de inte karaktär av psykoterapeutiska samtal.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att tydliggöra faktorer som kan påverka omvårdnads kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten.

1. Vad kan försvåra eller hindra en god omvårdnads kommunikation?
2. Vad krävs av sjuksköterskan i omvårdnads kommunikationen med patienten?
3. Vad möjliggör en god omvårdnads kommunikation mellan sjuksköterska och patient?

METOD

Studien är en litteraturstudie. Författarna formulerade tre frågeställningar och sökte därefter svar på dessa genom vetenskapliga artiklar. Bakgrundsfakta till det valda området fann författarna huvudsakligen i böcker. Enligt Backman (1998) visar litteraturgranskningen på tidigare brister i kunskapsmassan och påpekar relevansen i en tänkt problemställning. De visar på hur begrepp inom området definierats, preciserats och brukats. Syftet med en litteraturstudie som metod är enligt Polit och Hungler (1999) att skapa en kritisk summering av forskning inom ett speciellt område.

Litteratursökning

Litteraturen har bestått av artiklar och böcker. Litteratursökning har gjorts via biblioteket på högskolan Trollhättan/Uddevalla i Vänersborg, databaserna Ebsco Host och Science Direct användes. Just dessa databaserna användes för att de tilltalade författarna mest, visuellt såväl som funktionellt. Följande sökord har använts; autonomy, caring, client, communication, conversation, emotions, interactions, nursing, nurse, nurse-patient, patient, psychosocial, relationship, relationships, skills, support. Följande kombinationer användes till resultatet.

Databas	Sökord	Antal träffar
Ebsco Host	nursing relationships	166
Ebsco Host	nurse-patient relationship	81
Ebsco Host	interactions nurse	47
Ebsco Host	nursing communication skills	28
Ebsco Host	conversation in nursing	19
Ebsco Host	relationships nurse client	14
Ebsco Host	communication skills emotions	4
Ebsco Host	psychosocial nursing	4
Ebsco Host	caring conversation	1
Ebsco Host	support conversation in nursing	1
Science Direct	patient nurse interaction	82
Science Direct	nurse patient	63
Science Direct	autonomy in nursing	36
Science Direct	communication nurse patient	29

Urval

Litteraturen har valts utifrån hur den svarade på studiens frågeställningar. Via databassökningar har abstracts för de funna artiklarna studerats. När det kunnats antas att kommunikationen och relationen sjuksköterska och patient emellan har beskrivits har dessa inkluderats i studien. Icke vetenskapliga artiklar exkluderades och litteratursökningen begränsades inledningsvis till artiklar och övrig litteratur publicerad år 2000 och senare. En artikel från 1995 samt en från 1999 inkluderades dock i studien då denna litteratur kändes alltför relevant i förhållande till studiens frågeställningar för att uteslutas. Resultatet kom att baseras på 21 artiklar.

Genomförande

Referensramar för genomförandet har utgjorts av frågeställningarna författarna ställde. (Polit & Hungler, 1999). Författarna har bearbetat de utvalda artiklarna var för sig med frågeställningarna som utgångspunkt. Detta för att sedan kritiskt granska samt diskutera de valda artiklarna. Artiklarna sorterades och kategoriserades sedan in i resultatet.

RESULTAT

Hinder för en god omvårdnadskommunikation.

Williams (2000) tar upp den komplexa naturen i sjuksköterskearbetet och de olika möjligheterna mellan sjuksköterska och patient. Att åstadkomma en djup relation mellan patient och sjuksköterska kan på grund av flera olika faktorer bli svår. Omvårdnad utförs inom ett medicinskt orienterat hälso- och sjukvårdssystem som fokuserar målen på diagnos, behandling, och tillfrisknande av fysiska åkommor. Vården fungerar så att den ges på det snabbaste, och mest effektiva sätt som möjligt. Detta system stöder alltså inte sjuksköterskans mål som är att med en helhetssyn, utöva individualiserad och patientcentrerad omvårdnad i en djup och

meningsfull sjuksköterske- patientrelation. Ytterligare en faktor som indirekt gör det svårt att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient är relationen mellan vårdgivarna. Coeling och Cukr (2000) menar att god kommunikation mellan sjuksköterskorna och övrig personal ökar samarbetet mellan personalen och därigenom vårdkvaliteten för patienterna. Det finns tydliga tecken som pekar på att samarbetet mellan vårdpersonalen inte fungerar. Detta beror inte på ont uppsåt utan på att det saknas kunskaper inom detta område. Trots att detta problem är känt menar Coeling och Cukr att det inte finns så mycket litteratur som kan fungera som vägledning till den professionella kåren om hur samarbetet mellan vårdpersonalen kan bli bättre.

Jones (2003) menar att en allvarlig faktor som kan förorsaka avbrott eller störningar i kommunikationen är sjuksköterskans bristande förmåga att se den sjuke som en individ. En annan orsak är att inte höra innebörden i det som sägs. Erlandsson och Kiessling (1995) betonar vikten av att komma ihåg att en persons upplevelse alltid är sann och giltig just för henne.

Hellbom, Brandberg, Kurland, Arving, Thalen-Lindström, Glimelius och Sjödén (2001) fann att tidsbrist var ett vanligt problem när det gällde att ge psykosocialt stöd till patienten. De kände också en viss rädsla för att patienten skulle bli alltför bunden vid just en sjuksköterska efter att ha blottat sina mest privata tankar och känslor för denne. Som exempel lyfter Hellbom et.al, fram kommunikation inom den onkologiska vården. Denna kan vara laddad och utmanande men den kan också skapa många möjligheter till att hjälpa patienten och dennes anhöriga till ökad förståelse.

Fredriksson och Eriksson (2003) beskriver en ny forskning som visar hur patienterna tystas ner när de försöker att tala om deras lidande med sjuksköterskan. Som en patient beskrev det: ”de ändrar ämnet i våra samtal eller

så säger de att de har något annat viktigt att göra för någon annan patient” (s. 143). Om man ser på den nya forskning som gjorts visar den att de problem som finns verkar vara brist på autonomi från sjuksköterskan, vilket resulterar i bristande ansvarstagande. I studien visade det sig att sjuksköterskorna inte kände sig redo för att ta ansvar för deras relation med patienten. Detta undvikande av samtal om patientens lidande skapar ännu mer lidande på grund av att patienten känner att dennes autonomi och värdighet kränkts.

Fallowfield och Jenkins (1999) talar om bristande kommunikation på avdelningar och olika specialister emellan kan skapa förvirring i vården och viktig information kan därför utelämnas i tron att någon annan redan har berättat det.

Fallowfield och Jenkins (1999) skriver att personal inom den onkologiska vården har medgett att otillräckliga kommunikationsfärdigheter kan leda till att de känner stress, att de blir missnöjda med sitt arbete och att de känner en känslomässig utbrändhet. God kommunikation under ett rådgivande samtal är en stor komponent vad gäller insamlandet av data. Det påverkar också det fysiska och det psykiska välmåendet och leder till tillfredsställelse hos såväl vårdgivare som patient.

Chant, Jenkinson, Randle och Russell (2002) skriver att tonvikten tenderar att läggas på tekniska färdigheter mer än på kommunikation inom relationer. De senaste decennierna har sjuksköterskan påståtts ha bristande kunskaper inom kommunikation trots att färdigheter inom detta område sägs spela en mycket stor roll inom professionen. Författarna beskriver också att det kan förekomma sociala barriärer, så som exempelvis kulturella skillnader, när en sjuksköterska försöker kommunicera. Oljud eller överhuvudtaget störande ljud i omgivningen påverkar kommunikationen negativt. Likaså kan en stressig miljö, samt stress hos den yrkesutövande också ha en negativ inverkan på omvårdnadskommunikationen. Klimatet på avdelningen kanske inte tillåter en sjuksköterska att sitta i lugn och ro

och prata med en patient, denne kan då uppfattas som lat. Det kan vara så att samtal inte uppfattas som arbete. Det är bättre att se upptagen ut, och det är många som kopierar detta beteende för att passa in i gruppen. De flesta avdelningar har sina speciella ritualer och rutiner, på olika sätt kan då patientcentrerad omvårdnad bli svår att uppnå. Sjuksköterskan behöver inte bara ha goda kunskaper i kommunikation, sjuksköterskan behöver dessutom omgivningens resurser som stöd för att en god kommunikation kan befrämjas.

Sjuksköterskans kommunikativa kompetens

Kommunikation som verktyg i omvårdnad

Kommunikationen tillhör sjuksköterskans viktigaste verktyg (Bé gat, & Severinsson, 2001). Förmågan att kunna kommunicera med patienten är något sjuksköterskan har nytta av då hon/han arbetar med människor. I omvårdnad är kommunikationen och sjuksköterskans sätt att kommunicera avgörande för patientens hälsa och välbefinnande på många sätt. Innehavandet av kunskapen och förmågan att skapa en förtroendefull atmosfär där patienten ges utrymme att dela sina tankar, våga ställa frågor, och ge uttryck för sina känslor. Detta leder oftast till en betydligt mer utförlig anamnes och status, och sjuksköterskan kan göra säkrare bedömningar av patientens omvårdnadsbehov. Detta leder i sin tur till en betydligt mer individanpassad omvårdnadsplan, baserad på patientens hela livssituation (Fortin, 2002; Poskiparta, Liimatainen, Kettunen, & Karhila, 2001; Bé gat, & Severinsson, 2001). Huvudmålen med kommunikation i omvårdnad är att patienten ska kunna känna sig tagen på allvar, hörd, och väl omhändertagen. (Fortin, 2002; Bé gat, & Severinsson, 2001). I Bé gat och Severinssons studie framkom även att sjuksköterskorna, genom en god relation till patienten, fick bekräftelse på sitt sätt att vara, vilket de kände som en tillfredsställelse och ett kvitto på väl utfört arbete. Detta fynd bekräftas också i Fallowfield, Jenkins och Beveridge (2002) studie.

Bowles, Mackintosh och Torn (2001) menar att kommunikationsträning tendererar att negligeras inom sjuksköterskeutbildning. De har funnit att Solution Focused Brief Therapy (SFBT) är en bra modell. Deltagarna, alla legitimerade sjuksköterskor, har funnit modellen relevant och användbar. Fokus läggs på lösningar istället för på problemen, det starka betonas istället för det som är svagt. Målformulering ingår, så också att få patienten att se sina styrkor, att se sina resurser och kunna lösa sina problem och därmed gå mot ökat välmående. Deltagarna har antytt att viljan att interagera med patienten har ökat, den emotionella belastningen har reducerats i och med de känner en ökad säkerhet i kommunikationen. De känner att kompetensen och självförtroendet i kommunikationen har ökat.

Buckman (2002) skriver att god kommunikation tveklöst har lika god symtomlindring som vilken medicin som helst. Kommunikationen spelar stor roll i den kroniska och palliativa vården, ibland är det enda som vårdpersonalen kan erbjuda. Den empatiska responsen är en viktig komponent, denna kan delas upp i tre delar; identifiering av känslan, identifiera källan till känslan och att som vårdgivare visa förståelse för förbindelsen mellan dessa två.

Reynolds och Scott (2000) menar att relationen sjuksköterska och patienten emellan är en hörnsten i vården. För att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienten måste denne förstå vad det är patienten säger. När patienten känner säkerhet i relationen, först då kan han eller hon lita på sjuksköterskan. När patienten väl känner tillit i relationen med sjuksköterskan blir det lite lättare för denne att framföra sina tankar och behov, om detta ska vara en möjlighet är det ett måste att patienten inte känner sig hotad i relationen. Trots att empati är viktig inom kommunikationen har författarna funnit att sjuksköterskor visar en relativt låg nivå av empati, detta kan ha negativa konsekvenser för relationen patienten och sköterskan emellan.

Fallowfield och Jenkins (1999) fann att inom cancervården känner många patienter otillfredsställelse med kommunikationen, när information som rör diagnos, prognos och behandlingsmöjligheter utelämnas skapar detta oro och ovisshet av vad som kommer att ske. Patienter är vanligtvis mer lyhörda för den information som ges i början av ett samtal istället för den som ges i slutet. Effektiv rådgivning kräver inte bara färdigheter i kommunikation utan också medvetenhet av de olika barriärer som måste övervinnas för att skapa en god kommunikation.

Patienten i centrum

I omvårdnadskommunikation förespråkar flera författare en mer patientcentrerad utgångspunkt, en där sjuksköterskan och patienten kommunicerar på lika villkor, men där sjuksköterskan fortfarande står för kunnandet. Sjuksköterskan eftersträvar en mer stödjande roll där denne och patienten för en dialog, istället för att patienten endast lyssnar på sjuksköterskan och svarar på dennes frågor (Fortin, 2002; Poskiparta, Liimatainen, Kettunen, & Karhila, 2001).

Sjuksköterskans autonomi

Autonomi är vanligtvis associerad med sjuksköterskans förmåga att ta beslut och hans/hennes kunskapsbas. En sjuksköterska med autonomi arbetar inom en självreglerande omgivning, tar beslut baserade på det professionella omdömet, och har förmågan att använda dessa beslut inom hans/hennes arbetsfär. Autonomi inom omvårdnad är definierad på olika sätt som till exempel, förmåga, auktoritet, ansvarstagande och rätten samt friheten att kontrollera sitt eget arbete. Autonomi är sjuksköterskans förmåga att utföra hans eller hennes professionella uppgifter med ett beslutsamt uppträdande samt att hon också ser till den lagliga, etiska och praktiska standarden av professionen. Autonomi kan också bli definierad som auktoritet och ansvarstagande för patientvård där man innehar rätten till beslutsfattande och ansvar för resultatet (Varjus, Suominen, & Leino-Kilpi, 2003).

Det är väsentligt att administrationsarbetet och ledningen arbetar för att skapa en omgivning som stöder etiska dialoger. Sjuksköterskornas värdebas måste stämma överens med hela organisationen, detta är avgörande för att skapa en god omvårdnad för patienten. Sjuksköterskan värdesätter sin autonomi och vill ge patienten den bästa möjliga omvårdnaden. Sjuksköterskornas arbetsroll har förändrats på många sätt under de senaste fem åren, autonomi har ökat i stor utsträckning, vilket leder till större ansvarstagande (Varjus, Suominen, & Leino-Kilpi, 2003). Enligt Erlandsson och Kiessling (1995) skall sjuksköterskan ha självkänedom, självinsikt samt förmågan att dels tolka egna beteenden dels individens. Dessa etiska svårigheter belyser att sjuksköterskan måste bli medveten både om sin egen såväl som patientens självkänedom, och ha kunskapen och förmågan för att hantera dessa när hon/han går in i ett omvårdnadssamtal.

Empati

Reynolds och Scott (2000) menar att den empatiska förmågan hjälper sjuksköterskan att fånga upp patientens behov och att läsa av när patienten är redo att prata. Om sjuksköterskan misslyckas med att förmedla information som förstås av patienten kan patienten se sjuksköterskan som en sorts expert som egentligen inte bryr sig om denne som individ. Sjuksköterskan måste assistera patienten i att använda sina egna resurser till att nå optimal hälsa. Sjuksköterskan måste förstå vad det är patienten behöver från honom/henne. Om en sjuksköterska saknar empati är dennes förmåga till att stödja patienten reducerad, patienten som vill bli förstådd känner sig inte förstådd.

För att förstå andras känslor och utveckla ett empatiskt förhållningssätt är det av grundläggande betydelse att ha närhet till sina egna känslor. Empati är något sjuksköterskan bör tillämpa för att sätta sig in i hur den sjuke upplever sin situation. Även om alla i mer eller mindre grad har medfödd empatisk förmåga, krävs kunskap och erfarenhet för att utveckla denna så att den brukas medvetet,

disciplinerat och konstruktivt i samspelet med patienten (Erlandsson & Kiessling, 1995).

Hellbom et.al (2001) fann att deltagare av en kurs i psykosocialt stöd vid cancervård upplevt att de förbättrade sin förmåga att hos patienten identifiera den egentliga källan till ett problem. Just vid cancer särbehandlas ofta symtom som ångest och depressioner. Sjuksköterskorna kände sig mer självsäkra i att hantera psykosocialt laddade situationer och detta underlättade kontakten med patienten.

En god kommunikation – en god relation

Att bygga en relation

Många författare talar om hur viktigt det är att bygga upp en relation med patienten (Bégat, & Severinsson, 2001; Raeve de, 2002). De Raeve menar att trots att det är en professionell relation och att sjuksköterskan är där för att utföra sitt arbete, så finns alla förutsättningar för att relationen ska kunna bygga på ett äkta uppriktigt engagemang från sjuksköterskans sida. Detta för att det finns ett intresse för arbetet, och en stolthet i hur det utförs, och att se till att patienten får bästa möjliga vård. Bégat och Severinsson fann också att det var önskvärt från sjuksköterskornas sida, och även en strävan efter, att bygga upp en god relation med patienterna, då de lättare kunde sätta sig in i och förstå patientens hela situation, för att sedan tillhandahålla bästa möjliga omvårdnad för patienten. De kände också att det gav patienten en ökad trygghet, vilket de fann tillfredställande i sitt arbete. Poskiparta et.al (2001) fann att en förutsättning för en patientcentrerad omvårdnad är att sjuksköterskan skapar en god relation till patienten. Detta för att kunna föra en dialog med patienten, med denne i fokus, och som en likvärdig deltagare i samtalet. Dunniece och Slevin (2000) fann att då sjuksköterskorna var närvarande och lät patienterna tala om sina känslor, utvecklades den terapeutiska relationen. Genom den terapeutiska relationen möjliggjordes individuell omvårdnad och samtal kring patienternas holistiska

behov, vilket innebär att se på människan med en helhetssyn. Detta arbete pågick under hela vårdperioden. Bégat, och Severinsson (2001) menar att högkvalitativ omvårdnad ges då sjuksköterskan kan bygga upp en hjälp - förtroenderelation med patienten.

Williams (2000) menar liksom Erlandsson och Kiessling (1995) att sjuksköterske-patientrelationen är viktig för patientens hälsa, välbefinnande och tillfrisknande. De har i studier kommit fram till att en stark relation betyder mycket för hälsan under sjukdom. Från patientens perspektiv, har forskare under en längre tid känt till att processen av en sjukhusvistelse är en extremt hög stresspåverkande upplevelse. På grund av detta verkar det som patienten har behov av och tar fördel av chansen att utveckla en intim relation med sjuksköterskan. Då relationen mellan sjuksköterska och patient är en väsentlig del i omvårdnaden så har många undersökningar gjorts på det teoretiska planet för att utreda vikten av relationen mellan patient och sjuksköterska. Dock har det enligt Williams (2000) inte gjorts så många utredningar som kunnat visa på det praktiska planet där sjuksköterskan och patienten själva tar upp sina upplevelser och erfarenheter av nära relationer. Williams tar upp relationen som en väsentlig faktor för att kunna skapa en situation som gör det möjligt att föra ett omvårdnadssamtal som ger både patienten och sjuksköterskan en trygghet som frambringar viljan att öppna sig.

Relationen sjuksköterska och patient

För att nå en sjuksköterske- patientrelation menar Erlandsson och Kiessling (1995) samt även Dunniece och Slevin (2000) krävs en process som består av olika steg. Det första som sker inom relationsprocessen är att sjuksköterskan och patienten träffas och får ett första intryck av varandra. Det andra steget är när sjuksköterskan och patienten ser varandra som unika individer, här börjar relationen formas. Det tredje steget handlar om att den empatiska förmågan börjar ta form, det vill säga att individen kan förstå det psykologiska tillståndet hos en annan individ, vilket hjälper sjuksköterskan att förutsäga en patients beteende och

uppfatta dennes känslor. Som ett fjärde steg beskrivs den empatiska förmågan som innebär en drift till handling och en önskan om att hjälpa individen att utstå en påfrestning. Det är lika väsentligt att visa sympati som empati för att etablera en meningsfull relation. Sjuksköterskans uppgift är att förmedla en känsla till patienten att hon/han bryr sig.

Williams (2000) talar om avslöjandet. Hennes avhandling visade att om patienten och sjuksköterskan skapade en stark relation resulterade detta i avslöjande av personlig information mellan sjuksköterskan och patienten. Både patienten och sjuksköterskan gjorde avslöjanden. Det visade sig också att även nära anhöriga som skapat en nära relation med sjuksköterskan kunde gå in på djupa samtal. Detta belyser att sjuksköterskans arbetsområde ofta sträcker sig längre än patient-sjuksköterskerelationen. Williams (2000) menar vidare att det verkar finnas olika nivåer av avslöjanden. En nivå som uppenbarar sig är att det i samtalet skapas en familjerelation mellan patient och sjuksköterska. Detta har en funktion i form av att patienten till en början avslöjar en ganska ytlig information för att se vad för person sjuksköterskan är. Beteendet kunde enligt undersökningen leda till att samtalen blev djupare i takt med att patienten blev tryggare med sjuksköterskan. Williams (2000) belyser vikten av tillit till sjuksköterskan för utvecklandet av patient-sjuksköterskerelationen. Hon fann att sårbara och beroende patienter bedömer sjuksköterskan som person och sjuksköterska innan hon/han kan känna förtroende och trygghet med sjuksköterskan. Detta påvisar att patienten läser av sjuksköterskan ur två dimensioner, den sociala och professionella dimensionen. Dunniece och Slevin (2000) kom fram till att sjuksköterskorna fick en mer personlig relation med patienter som hade en liknade livssituation och/eller ålder som henne/honom. Relationen blev djupare eftersom sjuksköterskan lättare kunde identifierar sig med patientens situation. Erlandsson och Kiessling (1995) menar att det finns tillfällen då sjuksköterskan bör dela sina personliga erfarenheter med patienten. Det är dock väsentligt att sjuksköterskan endast använder dessa

erfarenheter för att stödja patienten i omvårdnadshandlingen och inte för att fördriva tiden.

Relationen vårdpersonal och anhöriga

Hertzberg och Ekman (2000) skriver om relationen mellan sjuksköterskorna på ett sjukhem och de anhöriga till de boende. Svårigheter i kommunikationen dem emellan var orsaken till att de inte förstod varandra, de pratade mer om varandra än med varandra, de gav inte varandra feedback och detta ledde till missförstånd och frustration. Författarna föreslår att sjuksköterskorna kan ge de anhöriga uppmuntran till att komma med frågor och förslag, sjuksköterskan bör vara öppen och ärlig i kommunikationen. Att vårdpersonalen bör se alla de boende som unika individer kan underlätta för de anhöriga att lita på personalen. De anhöriga har funnits betona vikten av att ta reda på saker om den boendes historia, ta reda på vem individen egentligen är. Personalen ansåg att de inte ville lägga sig i alltför mycket på grund utav att de ansåg detta som att sätta en lång relation på spel. Både anhöriga och personal var överens om att irritation kunde undvikas om båda parter blev varse innan någonting skulle ske. Tillit är en stor komponent i olika former av interaktioner, så också här. De anhöriga uttryckte att de skulle känna lugn om de visste att mamma eller pappa togs väl om hand och gavs den stimulans de behövde.

Att tala sanning

Ett känsligt ämne är vad sjuksköterskan får tala om för patienten när det gäller dennes sjukdom. En inställning är ofta att det är bättre att tåga än att säga för mycket, då det kan göra mer skada än nytta. Fallowfield et.al (2002) betonar vikten av att ge all information och inte undanhålla fakta när det gäller ställda diagnoser till patienter och detta i synnerhet när det gäller sjukdom med dödlig utgång. Dunniece och Slevin (2000) fann att sjuksköterskorna tyckte att informationen till patienterna var av största vikt. Informationen skulle vara klar tydlig och ärlig. Detta för att patienten behöver lägga upp en plan och göra beslut

om var de skall dö, ordna med finansiella frågor, samt säga farväl till anhöriga och göra upp med gamla kontroverser.

Humorns effekter

Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie och Kervinen (2001) beskriver humorns påverkan på välmåendet i relationen patient och sjuksköterska emellan. Skratt har en positiv effekt på människors känslotillstånd, fysiska välmående och det sociala välmåendet. I svåra situationer kan ett skratt lindra stress och fungera som en sorts copingmekanism. Värdet av ett skratt då och då har på senare år uppmärksammats, i synnerhet äldre personer har visats förvänta sig att sjuksköterskan emellanåt ska visa lite humor. Humor är dock någonting individuellt och användandet beror på situationen men även på patienten, sjuksköterskan måste känna till patienten och dennes attityd gentemot humor. Många patienter såg humor som en liten viloperiod som tillät dem att glömma av obehagliga saker, humor hjälpte till att dra uppmärksamheten från krämpor och smärtor och skänkte lite glädje och avslappning åtminstone för ett litet tag. För män i synnerhet, fungerade humorn som en försvarsmekanism, den fungerade som en sorts verklighetsflykt och för att hantera svåra situationer. Humor hjälpte patienter att hantera rehabilitering och som en sorts motivation för detta. Patienter i studien berättade att vissa sjuksköterskor var väldigt bra på att med hjälp av humor lindra oro och hantera i patientens ögon svåra situationer. Majoriteten av de deltagande patienterna i studien såg gärna att sjuksköterskan använde humor mer aktivt. Om en person regelbundet använder humor i sitt dagliga liv så är det mycket troligt att denne kommer att fortsätta göra det även när sjukdom inträder eller när de ligger på sjukhus. Användandet av humor måste dock utgå ifrån patientens syn på denna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att tydliggöra omvårdnads kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten. Författarna valde att göra en litteraturstudie, dels för att se vad för kunskap och rön som finns tillgänglig idag och dels för att få en så stor bredd av olika källor samt olika synvinklar i ämnet. Vad som förvånade författarna var att det inte fanns så mycket litteratur som stämde in på studiens syfte samt inriktning. Dock fanns det en hel del litteratur om kommunikation i vården men inte så mycket om samtalet mellan sjuksköterskan och patienten i omvårdnadssituationen. Författarna använde begreppet omvårdnads kommunikation för att klargöra vad man ville belysa med studien och för att få svar på frågeställningarna som man har ställt, då detta begrepp syftar till den kommunikation som är specifik för omvårdnadssituationen. Författarna har sökt litteratur som beskriver omvårdnads kommunikationen ur både patient och sjuksköterskeperspektiv. Dock inriktades studien huvudsakligen på sjuksköterskans roll i kommunikationen då studien först och främst skall vara ett stöd för sjuksköterskor samt göra dem uppmärksamma på omvårdnads kommunikationens värde och betydelse. Förutom litteratur användes artiklar som togs från olika databaser på bibliotekets internetsidor.

Resultatdiskussion

Hinder, svårigheter eller omständigheter som kan försvåra omvårdnads kommunikationen finns det många av, och författarna till de artiklarna som ligger till grund för denna studie har funnit flera, som tillsammans blir till en mycket intressant helhet.

Tidsbristen eller sjuksköterskans upplevelse om denna kan bland annat ligga till grund för att patienten känner sig kränkt, förbisedd, och otillfredsställd. Fredriksson och Eriksson (2003) beskriver hur patienten upplever att

sjuksköterskan undviker ett känsligt ämne med hänvisning till att en annan patient kräver hans/hennes uppmärksamhet. Självklart kan fallet vara så att sjuksköterskan ser en möjlighet att slippa beröra ett ämne eller gå in i en diskussion som hon/han upplever som jobbig. I själva verket kan det ju faktiskt vara så att tidsbristen är en avgörande faktor som gör att sjuksköterskan då hon/han gjort bedömningen att detta samtal kommer ta betydligt längre tid än vad hon/han kan avsätta för detta, och måste då prioritera bort det. Görs detta på ett sätt som inte är tydligt för patienten, så kan detta naturligtvis föra med sig konsekvensen att patienten känner sig förbisedd och kränkt. Tidsbristen blir betydligt mer påtaglig och kan upplevas som ett betydligt större hinder än vad den egentligen är, om man som sjuksköterska känner sig ha en bristande kompetens inom området kommunikation, och givetvis inom andra områden också.

Williams (2000) menar att den medicinskt orienterade hälso- och sjukvården inte främjar sjuksköterskans sätt att arbeta med helhetssynen som grund när hon/han bedriver omvårdnad. Organisationen som styr vårdenheten påverkar även omvårdnadskommunikationen såväl som övriga vårdinsatser. Andra faktorer som miljöns betydelse, arbetsklimat, gruppdynamiken, samt arbetsrutiner, påverkar sjuksköterskans totala arbetsprestation såväl som hennes möjlighet att utvecklas, och här är kommunikationen en del i det hela.

Genom att lyfta fram orsaker till brister eller svårigheter i omvårdnadskommunikationen, vill vi göra det lättare att övervinna dessa genom att medvetandegöra dem. Flera av författarna, så som Bégat, och Severinsson (2001) samt Poskiparta et.al (2001) har uttryckt att de funnit att sjuksköterskorna känner tillfredsställelse när de känner att de gör ett bra jobb och kan hjälpa patienten utifrån ett helhetstänkande. Ett bristande arbetsklimat, där sjuksköterskan inte känner att hon kan uppnå att göra det hon tycker är det bästa för patienten har givetvis den motsatta effekten, med en känsla av otillräcklighet.

Känner sjuksköterskan till var bristerna ligger så blir de lättare att handskas med, och hon/han kan åstadkomma en förändring.

Författarna kom fram till vilket också bekräftas av Erlandsson & Kiessling (1995), att kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i omvårdnaden. Att kunna kommunicera med en annan individ är visserligen inte bara viktigt inom sjukvården, det är en viktig faktor också inom andra yrken. Det är egentligen väsentligt i vad vi än ska göra i vårt dagliga liv. Kommunikationen är oundviklig men också viktig när sjuksköterskan skall bygga upp ett förtroende med patienten och när tillit skall skapas för att en god relation skall möjliggöras. Som Fortin (2002) beskrev kan vården bli mer individanpassad när hela patientens livssituation inbegrips. Om vården ska kunna individanpassas måste personalen veta vem personen som ska vårdas egentligen är. För att detta skall bli möjligt är kommunikationen redskapet som primärt används. En god kommunikation kan leda till en utförligare anamnes och omvårdnadsstatus, detta leder förhoppningsvis till en bättre och säkrare vård i och med en större och mer heltäckande bild av patienten. Det leder förmodligen också till en ökad känsla av tillfredsställelse hos såväl patient som sjuksköterska. Detta antagande stöds av Bégat och Severinssons (2001) studie där det framkom att sjuksköterskan genom en god relation med patienten fick en bekräftelse av denne på väl utfört arbete.

Bowles et.al (2001) skrev att kommunikationen är något som inte anses fullt så viktigt i sjuksköterskeutbildningar på vissa håll. Är detta något som genomsyrar vårdutbildningar idag? Är kommunikationen något som tas för givet, är det är något som bara finns där, något som bara sker? Bowles et. al menar att fokus hellre läggs på att sköta medicinteknisk utrustning än på att föra en dialog med en patient.

Författarna kom fram till, vilket också stöds av Bowles et.al (2001), att sjuksköterskor blir mer självsäkra i hanterandet av svåra situationer efter träning

av kommunikationsförmågan, detta leder då till att kontakten med patienten förbättras. Det leder också till att den emotionella belastningen hos sjuksköterskan kan minska vilket förmodligen smittar av sig på kommunikationen med patienten, patienten i fråga kan förhoppningsvis också känna lite större säkerhet i och med detta. Givetvis är det så att när sjuksköterskan känner sig säker i kommunikationen med patienten blir det också intressantare att interagera med patienten, när sjuksköterskan känner trygghet i sig själv ökar chansen att också patienten ska känna trygghet. I de flesta fall är det ju som så att det är stimulerande att vara delaktig i någonting som vi behärskar någorlunda bra, det är ju inte särskilt stimulerande att som novis sitta med det svåraste korsordet eller att spela badminton och alltid förlora.

Sjuksköterskans autonomi beskrevs som något som vanligen förknippades med hans/hennes kunskapsbas och förmågan att fatta beslut. Autonomi kan också definieras som auktoritet och ansvar för vården av patienten där sjuksköterskan fattar beslut och står ansvarig för resultatet. Av värde i detta sammanhang är att omgivningen drar åt samma håll så att sjuksköterskan känner att hon/han har organisationen med sig i beslutsfattandet. Sjuksköterskors autonomi har på senare år ökat vilket alltså leder till större ansvar och ökad självständighet (Varjus, Souminen & Leino-Kilpi, 2003). I de allra flesta fall, oavsett om det är i yrket eller vardagslivet är det väl så att när vi får ta ansvar för någonting tenderar vi att växa en smula och vi blir mer fokuserade på uppgiften.

Fredriksson och Eriksson (2003) beskrev en studie där resultatet visade att somliga sjuksköterskor visade brister i sin autonomi vilket med andra ord leder till mindre ansvarstagande.

Empati är en huvudingrediens för att lyckas kommunicera på ett bra sätt och skapa goda relationer. Ute på fältet finns exempel på vårdpersonal som är mer eller mindre empatiska. Ibland kan människor behandlas på ett skrämmande sätt.

Förmåga till empati kan vara begränsad och detta går ut över patienten som är utelämnad i personalens händer. Patientens egentliga behov fångas inte upp utan körs över utav den icke empatiska personen, något som författarna också bevitnat under sina kliniska studier.

Den empatiska förmågan är till viss del medfödd men det krävs träning och erfarenhet för att kunna använda empatin medvetet. Reynolds och Scott (2000) beskrev att när sjuksköterskans empati är begränsad så är även dennes förmåga till att stödja och hjälpa patienten begränsad. Sjuksköterskan med brist på empati har alltså svårt att finna patientens egentliga behov, sjuksköterskan kan alltså inte se problemet och kan därför inte hjälpa patienten på bästa sätt. För att kunna förstå en annan människa måste vi först förstå oss själva, vi kan alltså inte hjälpa någon annan utan att veta var vi själva står någonstans. En sjuksköterska bör alltså vara medveten om sig själv och ha närhet till sina egna känslor.

Williams (2000) menar liksom Erlandsson och Kiessling (1995) att sjuksköterske-patient relationen är viktig för patientens hälsa, välbefinnande och tillfrisknande. Studier har visat att en stark relation betyder mycket för hälsan under sjukdom. Här finns ett område som kan förbättra vårdkvaliten väsentligt om sjuksköterskornas kunskaper om att skapa relationer kunde förbättras. Dessvärre framkommer det av Williams (2000) att det är mycket svårt att hitta lämplig litteratur som tar upp hur relationen mellan patient och sjuksköterska kan förbättras i realiteten. Det har heller inte gjorts så många utredningar som kunnat visa på det praktiska planet där sjuksköterskan och patienten själva tar upp sina upplevelser och erfarenheter av nära relationer..

Williams (2000) talar om avslöjandet. Analyser av data som gjordes i hennes avhandling, visade att om patienten och sjuksköterskan skapade en stark relation resulterade detta i avslöjande av personlig information mellan sjuksköterskan och patienten. Både patienten och sjuksköterskan gjorde avslöjanden. Dock detta

måste detta förfarande ske med viss försiktighet. Frågan är hur långt det så kallade avslöjandet får gå innan sjuksköterskan går för långt och överträder de gränser som gör att avslöjandet blir till något negativt för relationen mellan de båda parterna. Att relationen blir för djup kan snarare skada det som byggts upp i form av trygghet och förtroende. Hur långt en sjuksköterska skall gå i förhållande till patienten är naturligtvis en moralisk och etisk fråga som har en utpräglad individriktad karaktär.

Dunniece och Slevin (2000) kom fram till att sjuksköterskorna fick en mer personlig relation med patienter som hade en liknade livssituation och eller ålder som sjuksköterskan. Relationen blev djupare eftersom sjuksköterskan lättare kunde identifiera sig med patientens situation. I detta resultat kan författarna se ett problem, nämligen att en stor del av patienterna som sjuksköterskan möter inom vården inte är i samma ålder och det infinner sig sällan att sjuksköterskan har samma livssituation som patienten. Vad som då sker är att patienter som inte har samma intressen eller ålder som sjuksköterskan har svårare att få en god relation med sjuksköterskan. Detta kommer vidare att bli mer märkbart när vården får in patienter med olika ursprung och kulturer. Alla patienter har rätt till samma vård oavsett ursprung eller religion. Detta gör det väsentligt att för att ge en god vård måste kunskapsutvecklingen öka inom vårdorganisationen, så att alla patienter får samma vårdförhållanden.

Dunniece och Slevin (2000) fann att då sjuksköterskorna var närvarande och lät patienterna tala om sina känslor, utvecklades den terapeutiska relationen. För att få en terapeutisk relation krävs dock att det finns tid och engagemang vilket i vissa fall fattas om man ser på vanliga vårdavdelningar. Vidare frågar Dunniece och Slevin i vilken omfattning den terapeutiska relationen skall verka i. Vad är egentligen sjuksköterskans huvuduppgifter, vad skall hon lägga fokus på för att skapa en relation som är stark nog att stödja patienten i omvårdnadssituationen.

Att bygga en relation mellan patienten och sjuksköterskan är enligt många författare väsentligt i sjuksköterskearbetet (Bé gat, & Severinsson, 2001; Raeve de, 2002). De Raeve menar att det finns stora möjligheter att skapa en god relation om sjuksköterskan har en professionell syn på sin yrkesroll. Detta låter som en god inställning, men det framkommer inte vilken typ av relation som skapas. Det framkommer heller inte att det inte alltid finns tid och rätt rutiner för att skapa en god relation. Om man till exempel ser på hur det ser ut på en akutmottagning eller inom ambulanssjukvården, så finns det ofta inte utrymme för att komma så nära patienten som det egentligen skulle behövas. Författarna till föreliggande arbete har i kliniska studier varit med om situationer där tiden varit så knapp för att skapa en god relation att patienterna ofta känt sig överkörda och negligerade. Det är en förutsättning att vi som sjuksköterskor har vetskapen om att det är olika förutsättningar på olika anrättningar inom sjukvården och därefter skapa en så bra situation mellan sjukvårdare och patient som det är möjligt. Som tidigare beskrivits är det framförallt tidsbristen och brist på flexibla rutiner som styr detta. Bé gat och Severinsson (2001) talar om att förstå patientens hela situation för att kunna ge den bästa vården. Frågan är om man idag kan ge den rätta vården, både på grund av tidsbristen och att man idag har svårt att hålla en god kontinuitet med tanke på de underbemannade avdelningar som finns idag, där man ständigt måste ta in vikarier. Dessa fakta gör att personalen liksom patienterna kan drabbas på ett negativt sett.

Hertzberg et al. (2000) skriver om relationen mellan sjuksköterskorna på ett sjukhem och de anhöriga till de boende. De beskriver svårigheterna och de missförstånd som kan bli mellan vårdare och anhöriga om det inte finns en öppen och ärlig relation dem emellan. Detta är en mycket intressant iakttagelse. Ofta skapas problem av att personalen inte vill "lägga sig i för mycket" då det av anhöriga kan uppfattas som om vårdpersonalen inte bryr sig om patienterna som individer. Likaså är det en stor fördel om man som Hertzberg et al. (2000) skriver får med de anhöriga mer. Att det skapas en god relation mellan anhöriga och

personal. Vi menar att vården idag inriktas på att vårda patienten och kanske ofrivilligt stänger ute de anhöriga. Kanske låter sig anhöriga stängas ute på grund av att samhället lovar att ta hand om patienterna på ett sätt som kan uppfattas som ett heltäckande omhändertagande. Vården skall finnas till som en förlängd arm där den behövande individen får hjälp med sitt dagliga leverne men den psykosociala biten borde innefatta de anhöriga mer än vad det görs idag.

Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie och Kervinen (2001) beskriver hur humorn, om den används vid rätt tillfälle, kan lindra smärta och få vårdtagarna att tänka på något annat än sin sjukdom. Det nämns också att sjuksköterska kan få en bättre relation med vårdtagaren då hon/han genom humorn för ett ögonblick kan ta bort allvaret i individens situation och därmed den stress som denne drabbas av. Vi har genom egna erfarenheter uppmärksammat hur stor nytta humorn och en ödmjuk inställning kan ändra patientens förhållande på ett positivt sätt. Naturligtvis är det i stor grad individuellt bland både patienter och vårdpersonal vad inställningen är till humor, och det är väsentligt att läsa av patienten så att humorn inte får motsatt effekt.

Fortsatt forskning

En empirisk studie skulle kunna komplettera det som eventuellt inte framkom av litteraturstudien. Denna studie skulle kunna vara upplagd med intervjuer av sjuksköterskor på flera olika avdelningar. Exempelvis akutmottagning, geriatrisk avdelning, medicinavdelning och ambulanspersonal, med flera. Då studien omfattar sjuksköterskeperspektivet av omvårdnadskommunikationen mellan sjuksköterska och patient.

LITTERATUR

Andersson Höglund. I & Hedman Ahlström. B. (1996). *Samtal i vård och omsorg*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bé gat, I.B.E., & Severinsson, E.I. (2001). Nurses' reflections on episodes occurring during their provision of care – an interview study. *International Journal of nursing Studies*, 38, 71-77.

Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (3), 347-354.

Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ*, 325: 672.

Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., & Russell. G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practise. *Journal of Clinical nursing*, 11, 12-21.

Coeling, H. & Cukr, P. (2000). Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, (2): 63-74.

Cullberg. J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlkwist, M. (1994). *Kommunikationsprocesser*. Arlööv: Liber utbildning AB.

Dimbleby, R. & Burton, G. (1997). *Oss emellan*. Lund: Studentlitteratur.

Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 611-618.

Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation- Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Engquist, A. (2001). *Om konsten att samtala*. Stockholm: Rabén Prisma

Erlandsson, I., & Kiessling, T. (1995). Sjuksköterskan – En hantverkare med verktyget kommunikation. Kommunikation enligt Joyce Travelbee. *Sjukskötersketidningen*;10(6):186-188.

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, Vol.35, 11, 1592-1597.

Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A. & Beveridge, H.A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16: 297-303.

Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber utbildning.

Fortin, A.H. (2002). Communication skills to improve patient satisfaction and quality of care. *Ethnicity & Disease*, 12, (3), 58-61.

Fredriksson, L. & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10, (2).

Hellbom, M., Brandberg, Y., Kurland, J., Arving, C., Thalén-Lindström, A., Glimelius, B., & Sjöden, P-O. (2001). Assessment and treatment of psychosocial problems in cancer patients: an exploratory study of a course for nurses. *Patient Education and Counseling*, 45, 101-106.

Hertzberg, A. & Ekman, S-L. (2000). "We, not them and us?" Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 31, (3), 614-622.

Hanssen, I. (1997). Kommunikation. I Kristoffersen, N. J. (red.) *Allmän omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB

Hälso- och sjukvårdslagen. (HSL 1982:763). Stockholm: Socialstyrelsen

Johansson, G. (1989). *Mötet om kommunikation och medmänskliga relationer i vården*. Stockholm: Utbildningsradion AB.

Jones, A. (2003) Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse–patient communication. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 609–618

Nilsson, B. & Waldemarsson, A-K. (1990). *Kommunikation- Samspel mellan människor*. Studentlitteratur. Lund.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott

Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowermental health counselling. *Patient Education and Counseling*, 45, 69-79.

Raeve de, L. (2002). The modification of emotional responses: a problem for trust in nurse-patient relationships? *Nursing Ethics*, 9, (5), 465-471.

Reynolds, W. & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*. 31,(1), 226-234.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen

Varjus, S-L., Souminen, T. & Leino-Kilpi, H. (2003). Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 31-40.

Williams, A. (2000). A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 188-196.

Åstedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. (2001). Importance of humour to client-nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practise*. 7, 119-125.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521 - 26 42 01 Fax 0521 – 26 42 99
www.htu.se