



# Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Faktorer av betydning for sykepleieren i forhold til  
tillitt og mistillit i samhandling med pasienten

Bente Dale Malones

Totalt antall sider inkludert forsiden:

Molde, 2008



# Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Faktorer av betydning for sykepleieren i forhold til tillit og mistillit i samhandling med pasienten

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Bente Dale Malones

Fagkode: mahs

Studiepoeng: 30

Årstall: 2008

Veileder: Stål Bjørkly

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

ja  nei

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja  nei

Dato: 2.07.10

Bente Dale Malones.

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG  
HØGSKOLEN I MOLDE**

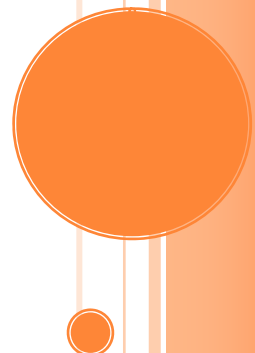
*”Tillit – Helsevesenets nerve”*

*Faktorer av betydning for sykepleieren i  
forhold til tillit og mistillit i samhandling  
med pasienten.*

Student: Bente Dale Malones

Veileder: Stål Bjørkly

2008



## FORORD

Masterprosjektet 2008 gjelder *kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper*.

Om tillit kan måles kvantitativt har nesten vært et prosjekt i prosjektet.

Som prosjektansvarlig vil jeg takke de tre avdelingene for at de har gjort undersøkelsen mulig å gjennomføre og en takk til enhetslederne som la forholdene til rette på en positiv måte.

Hva skulle man ha gjort uten veileder? En stor takk til professor Stål Bjørkly, som har vist interesse, og stor faglig dyktighet som veileder. Han har vært en stor inspirasjonskilde for meg. Det er slike som han som gjør Høgskolen i Molde til en fantastisk plass å være!

Takk til gode venner og kollegaer, som har støttet, oppmuntret og hjulpet meg på mange ulike måter. En stor takk til enhetsleder Åse Eidem med flere ved kirurgen A i Molde, som positivt har lagt til rette for avvikling av studiedager i hele perioden.

Til de som står meg nærmest. Min kjæreste mann Steinar og våre flotte barn Thomas, Elise og Kristoffer har vist omsorg, omtanke og kjærlighet, og tillatt at jeg i perioder har vært opptatt og fraværende. Steinar har oppmuntret meg til å fortsette med arbeidet og flittig lest korrektur, selv om det i perioder har vært hektisk med tre små barn. Takk for at dere hele tiden har vært med meg i denne prosessen og gjort det mulig for meg å fullføre prosjektet.

Bente Dale Malones

## INNHOLDSFORTEGNELSE

### FORORD

#### 1.0 INTRODUKSJON

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.1   | Bakgrunn for valg av tema              | 1  |
| 1.2   | Teoretisk referanse                    | 1  |
| 1.2.1 | Tillit og mistillit                    | 1  |
| 1.2.2 | Ulike tillitsmodeller                  | 2  |
| 1.2.3 | Objektiv og subjektiv sårbarhet        | 7  |
| 1.2.4 | Tillit og makt.                        | 8  |
| 1.2.5 | Hva betyr tilliten for samhandlingen ? | 9  |
| 1.2.6 | ”Den gode kliniske samtalen”           | 10 |
| 1.3   | Tidligere forskning                    | 13 |
| 1.4   | Problemstilling                        | 15 |

#### 2.0 METODE

|       |                                    |    |
|-------|------------------------------------|----|
| 2.1   | Setting                            | 16 |
| 2.2   | Informanter                        | 16 |
| 2.3   | Prosedyre                          | 16 |
| 2.3.1 | Litteraturstudie                   | 16 |
| 2.3.2 | Utarbeiding av spørreskjema        | 17 |
| 2.3.3 | Forhåndsvalidering av spørreskjema | 18 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.3.4 | Valg av kontaktperson for informantene..... | 19 |
| 2.3.5 | Informasjonsbrev til informantene.....      | 19 |
| 2.3.6 | Datainnsamling.....                         | 19 |
| 2.3.7 | Statistiske analyser.....                   | 20 |

### 3.0 RESULTATER

|       |  |    |        |
|-------|--|----|--------|
| 3.1   | Deskriptiv statistikk.....   | 21 |        |
| 3.1.1 | Utvalgs karakteristika.....  | 21 |        |
| 3.1.2 | Funn relatert til ulike tillitsoppfatninger av betydning for<br>og mistillit i samhandling med pasienten.....          | 22 | tillit |
| 3.1.3 | Funn relatert til sykepleieren av betydning for tillit og mistillit i<br>samhandling med pasienten.....                | 22 |        |
| 3.1.4 | Funn relatert til pasienten av betydning for tillit og<br>mistillit i samhandling med sykepleieren.....                | 24 |        |
| 3.1.5 | Funn relatert til relasjoner/ansvarsfordeling av betydning for tillit og<br>mistillit i samhandling med pasienten..... | 24 |        |
| 3.1.6 | Funn relatert til fagkompetanse av betydning for tillit og<br>mistillit i samhandling med pasienten.....               | 25 |        |
| 3.1.7 | Funn fra de åpne spørsmålene.....  | 25 |        |
| 3.2   | Sammenlignende statistikk - forskjeller.....   | 26 |        |
| 3.2.1 | Utvalgsvariabler.....  | 26 |        |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.2.2 | Forskjeller mellom de to gruppene (Molde og Kristiansund).....   | 27 |
| 3.2.3 | Forskjeller i forhold til valgt tillitsmodell (1 og 3).....  | 28 |
| 3.2.4 | Forskjeller om man har videreutdanning eller ikke.....   | 29 |
| 3.3   | Sammenlignende statistikk – Korrelasjon mellom utvalgs karakteristika og skåringer på tillitsvariabler knyttet til:..... | 31 |
| 3.3.1 | Ulike tillitsoppfatninger.....   | 31 |
| 3.3.2 | Egen rolle som sykepleier.....   | 31 |
| 3.3.3 | Egne erfaringer som pasient.....   | 32 |
| 3.3.4 | Relasjoner/ansvarsfordeling.....   | 33 |
| 3.3.5 | Fagkompetanse.....   | 34 |

## 4.0 DISKUSJON

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.1   | Hovedfunn.....   | 35 |
| 4.1.1 | Faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten relatert til ulike tillitsoppfatninger.....        | 36 |
| 4.1.2 | Sykepleierrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten.....                           | 38 |
| 4.1.3 | Pasientrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten.....                              | 41 |
| 4.1.4 | Relasjons- og ansvarsrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten.....                | 43 |
| 4.1.5 | Faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten knyttet til teoretisk og praktisk fagkunnskap..... | 44 |
| 4.2   | Metodekritikk.....   | 44 |
| 4.3   | Forslag til videre forskning.....  | 45 |

## 5.0 LITTERATURLISTE

VEDLEGG 1: Spørreskjema

VEDLEGG 2: Informasjonsbrev til informantene

VEDLEGG 3: Søknad til avdelingssjef



## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tillit berører ifølge Grimen (2004) helsevesenets nerve.

Ifølge Helsetilsynet, er sykepleieyrket et yrke som i særlig grad krever allmenn tillit. En offentlig autorisasjon skal være en garanti både for de faglige kvalifikasjoner og for den personlige egnethet og skikkethet (Sykepleien jobb 16/2006 s.11). Mister yrket tilliten til folket det skal tjene, rakner en del grunnleggende oppfatninger av hvordan et velferdssamfunn fungerer.

Vanligvis får vi mest tilbakemelding ved mistillit, og hvordan kan vi i fremtiden unngå mange av disse henvendelsene?

### 1.2 Teoretisk referanse

Formålet med dette prosjektet er å belyse sykepleierens erfaringer av hva som skaper tillit/mistillit i samhandling med pasienten. Ved å ta utgangspunkt i dette og søke å forstå en bakenforliggende virkelighet som finnes, har jeg valgt å fordype meg i følgende litteratur for å drøfte den kliniske hjelperelasjonen.

#### 1.2.1 Tillit og mistillit

Helsevesenets primær-relasjoner, dvs. relasjonene mellom profesjonelle og pasienter, ville ikke ha kommet i stand uten tillit. Men tillit er ikke alltid et ubetinget gode. En adekvat forståelse av tillit og tillitens plass i helsevesenet krever refleksjon over forbindelsene mellom tillit, sårbarhet og makt. Personer som viser tillit er sårbare fordi de kan bli utsatt for maktbruk. Siden primær-relasjonene i helsevesenet er asymmetriske, er det grunn til å diskutere makt. Makt trives i asymmetriske relasjoner (Grimen 2004)

I teoretisk litteratur blir særlig tre trekk ved tillit trukket frem som viktige: For det første gjør tillit tillitsgiveren sårbar overfor tillitsmottakerens eventuelle inkompetanse og onde vilje (Baier 1986, Warren 1999). Å stole på noen er å ta en sjanse. Man kan ikke vite om tillitsmottakeren vil handle slik man forventer. For det andre reduserer tillit kompleksitet (Luhmann 1999, Seligman 1997). Å stole på noen gjør kompleksiteten bedre å håndtere.

For det tredje er tillit noe man ikke kan påtvinge noen, og ikke noe man kan kjøpe. Kan man kjøpe tillit, har man en god grunn til å mistro det man har kjøpt (Arrow 1974, Luhmann 1999).

Fire trekk som synes å være viktige tillitskapende faktorer er: helsearbeideres evne til kommunikasjon, deres kompetanse, deres villighet til å følge opp pasienten og pasientenes mulighet til å kunne velge bort helsearbeidere som de mistror (Grimen 2004).

Tillit blir ofte tillagt ubetinget positiv moralsk verdi. Mistillit kan også i gitte situasjoner være moralsk godt, men ifølge Grimen kan man ikke hevde at tillit er ubetinget godt. Løgstrup mener noe annet (se 3.1.1).

## 1.2.2 Ulike tillitsmodeller

Det er ikke enighet om hva tillit er. Jeg vil videre trekke frem en forenklet forståelse av ulike hovedtrekk som i litteraturen dekker et vidt spekter i måten en forstår tillit på.

Den danske teologen Løgstrups (Grimen 2004) modell av tillit, er opptatt av tillitens ontologiske plass i menneskelivet. Den tar utgangspunkt i at tillit er et urfenomen i menneskets tilværelse. Urfenomener er betingelser for andre fenomeners eksistens og væremåte. Urfenomener kan beskrives, men ikke forklares. Begrepet ”urfenomen” ble gitt den betydning som her er ment, av Johann Wolfgang von Goethe i hans verk *Zur Farbenlehre* (1810). For Løgstrup, er tillit en av det han kaller de suverene livsytringer. Selv om Løgstrup ikke henviser til Goethe, har hans suverene livsytringer mye til felles med Goethes urfenomener.

Tillit er konstituerende for menneskets måte å være i verden på, ifølge Løgstrup. Vi har en naturlig tilbøyelighet til å vise hverandre tillit. Uten tillit til andre mennesker ville det ikke ha vært en sosial verden. Tillit kan ikke forklares videre. Det må heller ikke begrunnes. Mistillit, derimot, krever begrunnelse. Mistillit kommer først inn i verden når tillit blir brutt.

Dessuten er tillit logisk og kronologisk mer grunnleggende enn mistillit. Med det menes at mistillit er et sekundært, parasittært fenomen, som kommer når tillit forvitrer. Kronologisk kommer tillit før mistillit i et menneskes utvikling fra barn til voksen. Vi er født i tillitsrelasjoner, og den er verken rasjonell eller irrasjonell. Den bare er der. Den tilhører *conditio humana*, menneskets grunnvilkår (Grimen 2004).

I følge Løgstrup, slik Grimen tolker han, er omtrent alt annet i livet avhengig av tilliten: sosialisering, språklæring, tenkning og handling. Tilhengere av denne oppfatningen bruker barnets opphavelige tillit til foreldrene som eksempel. Barns tillit til foreldrene er spontan, ubegrunnet og ubetinget. Barn stoler på foreldrene uten å ha gode grunner for det. De har heller ikke gode grunner for ikke å stole på dem. Tillit til foreldrene er ikke noe de lærer. Det er noe de har i utgangspunktet. Mistillit kommer først inn i barnets verden når nære voksne ikke viser seg tilliten verdig. Løgstrup betrakter tillit som ubetinget moralsk godt .

Delmar deler Løgstrups syn på tillit, og mener at tilliten kan ikke skapes, den er oss gitt. Det dreier seg om å legge forholdene til rette, slik at tilliten kan utvikle seg (Delmar1999).

Et grunnleggende utgangspunkt for moderne utviklingsforståelse er at menneskets selvopplevelse og selvforståelse er forankret i en dialogisk matrise, basert på gjensidig og aktiv interaksjon med andre mennesker (Hansen 2000). Intersubjektivitet som tema, har tradisjonelt vært knyttet til språklig kommunikasjon hvor jeg-du fellesskapet står sentralt som meningsskapende grunnstruktur. Som en del av dette fellesskapet inngår et komplisert mønster av handlinger, følelsesuttrykk og ikke-språklig kontakt (Rommetveit 1972, Hansen 2000). Intersubjektivitet som en relasjonsdimensjon, er i psykodynamiske perspektiv beskrevet og forstått som en objektrelasjon, hvor den andre kommer til syne som et objekt for pasientens relasjonsbehov.

Jessica Benjamin (1990) trekker fram gjensidig anerkjennelse (gjensidighetsrelasjon) som kjerneelementet i intersubjektivitet. Individets kapasitet til å anerkjenne den andres subjektivitet utvikles gradvis gjennom evne til inntoning og toleranse for forskjeller. Hun forankrer sin modell blant annet i studier av spedbarnskommunikasjon, med det gjensidige smilet som det første uttrykk for gjensidig anerkjennelse (Hansen, 2000).

Psykodynamiske terapiteorier forklarer menneskelig atferd som et konfliktfylt samspill mellom behov, følelser og rasjonell tenkning. Objektrelasjonsteorier og selvpsykologi er to framtrædende psykodynamiske tilnærminger til å forstå hvordan relasjoner dannes, utvikler seg og vedlikeholdes.

*Objektrelasjonsteoriene* (Bjørkly, 2007) legger vekt på at relasjonen mellom pasient og sykepleier er en avstandsrelasjon, hvor pasienten er objekt (en betydningsfull annen person) og sykepleieren skal tolke konflikten. Den vektlegger tanker, drømmer og forestillinger, som terapeutisk viktige endringsredskap. Målet er å bedre pasientens innsikt i forhold til seg selv og sine relasjoner for å

få innsikt i og kontakt med egne følelser. Pasientene har forskjellige forutsetninger for å kunne gå inn i og holde en tillitsrelasjon. Det samme gjelder også for sykepleierne som er hovedfokus i denne undersøkelsen.

*Selvpsykologien* (Bjørkly 2007) som er en sentral retning innenfor de psykodynamiske retninger, har mange fellestrekk med objektrelasjonsteoriene. Den grunnleggende menneskelige motivasjon er etablering og opprettholdelse av et stabilt og vitalt selv. Det er ikke drifter, men relasjoner som er avgjørende. Ifølge selvpsykologien fødes barnet med behov og ikke med drifter. Selvet er atskilt fra den driftsmessige utviklingen. Daniel Stern sier om spedbarnet, at det fra fødselen av søker gjensidighetsrelasjoner. Han hevder videre at spedbarnet har gode forutsetninger for å identifisere og tolke sanseopplevelser, særlig i samspill med mennesker. Gjensidighetsrelasjoner er ekstremt viktige og foreldrene er selvobjekter og betydningsfulle 2. personer for barnet. Selvet er i følge Kohut tredelt: det speilende, det idealiserende og det tvillingsøkende. I noen pasient – sykepleier relasjoner er det å få tilbakemelding og bli sett det viktigste, i andre er det å ha noen å kunne lene seg på/bli støttet sentralt, mens noen søker likhet (tvilling) i relasjoner. Selvet utvikler seg i samspillet med objektene, og det er viktig med tilbakemelding fra den betydningsfulle andre.

Den amerikanske sosiologen James Coleman (Grimen 2004) har laget en analyse som etter min mening er spennende. Han framhever at det å gi eller ikke gi tillit er noe som står til menneskets rådighet, noe det har herredømme over. Å stole eller ikke å stole på noen er et valg. Det er å kalkulere inn muligheten for at den som får tillit, kan handle annerledes enn tillitsgiveren forventer, og at han kan skade tillitsgiveren. Derfor er tillit aldri helt ubetinget. Å gi tillit er å ta en kalkulert risiko. Å stole på noen er å kalkulere risiko inn i grunnlaget for handling. For Coleman, slik Grimen tolker han, er det å handle under risiko å kjenne konsekvensene av hvert handlingsalternativ, og å kunne anslå sannsynligheten for at de vil inntreffe.

Forstår man tillit slik, er det ikke noe logisk grunnlag for å si at tillit er mer grunnleggende eller kommer kronologisk forut for mistillit. Tillit og mistillit står logisk sett på samme nivå. Det er resultatet av risikokalkylen som skal bestemme hvorvidt man skal stole eller ikke stole på andre. Mistillit er et handlingsalternativ for enhver rasjonell person, og det er ingen moralsk forskjell på tillit eller mistillit. Det er forventet nytte som skal vise om det er godt eller dårlig å stole eller ikke stole på noen. Coleman er riktignok klar over at det finnes en type tillit som er mer basal og som ikke står til rådighet på denne måten. Men slik tillit er vanskelig å gjøre rede for innenfor hans perspektiv.

Den tyske sosiologen Luhmanns (Grimen 2004) tillitsmodell, sier noe om hva tillit gjør. Hans tese er at *tillit reduserer kompleksitet*. Ifølge Grimen trekker Luhmann et skille mellom fortrolighet og tillit. I en fortrolig verden forutsettes det at alle opplever verden på samme måte, og fortid dominerer over nåtid og fremtid. I en fortrolig verden er tillit unødvendig og muliggjør sikre forventninger om andres hensikter.

Fortrolighet er en forutsetning både for tillit og mistillit. Når man begynner å betrakte mennesker ikke bare som gjenstander i verden, men som noen som har frihet til å se ting på en annen måte og til å oppføre seg annerledes, inntreffer kompleksiteten. Man kan ikke lenger ta det for gitt at alle opplever verden på samme måte, og forventninger om hva andre vil gjøre, blir usikre. Tilliten reduserer kompleksiteten ved at man da kan utelukke visse muligheter, man nøytraliserer visse farer. Slik Grimen tolker Luhmann, trenger ikke tillit å være avveid rasjonelt. Tillit kan bli utvist tankeløst, lettsindig og rutinemessig. Den som gir tillit, utsetter seg alltid for en risiko for et tillitsbrudd. Både tillit og mistillit kan være funksjonelle ekvivalenter. De kan begge redusere kompleksitet, og de kan være en løsning på samme problemet. Men mistillit er mer psykologisk belastende enn tillit.

Ifølge Grimen innfører Luhmann også et skille mellom personlig tillit og system tillit. Personlig tillit er personers tillit til andre personer, og systemtillit kan for eksempel være tillit til at våre penger er ekte og fungerer. Han sier også at systemtillit er lettere å lære enn personlig tillit, men samtidig mye vanskeligere å kontrollere.

Luhmanns tillitsbegrep er snevrere enn Løgstrups. Mye av det Løgstrup kaller tillit, kaller Luhmann fortrolighet. Luhmanns tillitsbegrep er begrenset til situasjoner hvor mennesker oppfatter hverandre som frie viljer, noe Løgstrups tillitsbegrep ikke er. Ifølge Løgstrup oppfatter ikke barnet foreldrene som frie viljer som kan handle på mange forskjellige måter (Grimen 2004).

Grimen (2007) vektlegger hva tillitsgivere og tillit gjør, ikke hva tillit er. Hvis A viser B tillit, er det vanligvis slik at:

1. A overlater noe – X – til Bs varetekt i en viss tid.
2. A overfører – alltid de facto og av og til de jure – skjønnsbasert beslutningsmakt over X til B
3. X er viktig for A.
4. A forventer at:
  - a) Bs vilje er god;
  - b) B er kompetent til å ivareta X i tråd med As interesser, og
  - c) B rår over passende midler for å ivareta X.
5. A tar ikke forholdsregler for å beskytte seg mot Bs mulige misbruk av X.

( Grimen 2007 s.2)

For å illustrere dette forløpet, bruker Grimen ”barnevakten”, som et eksempel.

Barnevakten er der for at A skal få gå på kino, og blir borte i tre timer. A overlater barn, penger, helse, sykdom og kropp til barnevakten. Det er alltid en transaksjonell side ved en tillitsstruktur. Denne transaksjonelle siden blir ofte oversett i diskusjoner om tillit, også hos Løgstrup, ifølge Grimen. A gir videre barnevakten makt til å gjøre beslutninger, om du liker det eller ikke, skjønnsbaserte beslutninger. Barnet er så viktig for A, at det ikke kan overlates til seg selv.

Det forventes at barnevaktens vilje er god, ond vilje er et mindre problem. Kompetansen er et større problem, men vi håper og tror at barnevakten har kompetanse. Eksempel her kan jo også være kirurgen eller flypiloten. Passende midler barnevakten rår over kan være en gitt pengesum, eller et annet eksempel kan være penger til helsevesenet.

Tillit kjennetegner at vi ikke tar spesielle forholdsregler – vi overlater oss til den andres varetekt helt og holdent. Som Grimen kaller det, vi handler med ”garden” nede. For eksempel skriver vi normalt ikke testamente før en operasjon. Videre hevder han at tillitsfulle personer kan i sin handling grense mot naivitet. Men å handle i kjede av tillit, kan også ha en negativ side. Dersom man handler med ”garden nede” og ikke med vond vilje, kan man for eksempel få feildiagnostisering.

### 1.2.3 Objektiv og subjektiv sårbarhet

I en tillitsrelasjon blir den som gir tillit sårbar. Når A stoler på B, blir A sårbar.

Tillitsmottakeren kan også være sårbar, fordi han – eller det han vil gjøre – kan være avhengig av tillit fra andre. Mange profesjonelle, for eksempel helsearbeidere, er i en slik situasjon. De trenger tillit fra andre for å kunne utøve sitt yrke, og er derfor sårbare for manglende tillit.

Å gi tillit innebærer å godta og være sårbar ("to accept vulnerability"), basert på en vurdering ("judgment") (Warren 1999). Vurderingen kan være taus eller vanemessig. Filosofen Baier uttrykker det som at å vise tillit innebærer en akseptert sårbarhet idet man frivillig gir fra seg makt (Baier 1991). Løgstrup peker på at både makten i relasjonen og sårbarheten som er involvert når man viser tillit, impliserer en etikk. Situasjonen rommer en etisk fordring som har en retning, fra den som gjør seg selv sårbar, til personen som blir vist eller det livet som med dette legges i hans eller hennes hånd (Løgstrup 1975).

Nøkkelen til å forstå en viktig gruppe årsaker til at tillit gjør sårbar, ligger i de to uttrykkene "vurdering" og "å gi andre makt", hevder Grimen (Grimen 2204). En vurdering kan være feil, og makt kan misbrukes eller brukes på en inkompetent måte. Den ene persons tillit kan bli den andre persons makt, og dette kan oppleves som svik.

En annen gruppe årsaker, som har noe med vurderinger å gjøre, er "objektiv og subjektiv sårbarhet". Det "objektive" perspektivet beskriver trekk ved relasjonen som eksisterer uavhengig av hva partene i relasjonen tenker, tror eller føler om disse trekkene. Vi kan snakke om objektiv risiko, dvs. risiko som er der, selv om aktørene ikke kjenner eller overser dem. Det "subjektive" perspektivet beskriver trekk ved relasjonen, som bare kan beskrives fra de deltakende partenes synssteder. For eksempel deres oppfatninger om risiko, forventninger, verdier og følelser når de går inn i tillitsrelasjoner. Man blir såret hvis ens følelser og oppfatninger blir støtt på måter som man ikke kan godta. Sårbarhet er et "objektivt" fenomen, det å bli såret må forstås "subjektivt". "Subjektiv" sårbarhet er trolig sterkere ved tillitsbrudd til gode venner, foreldre eller kjærester og andre fortrolige personer, enn det er i mer anonyme tillitsrelasjoner.

Eksempel på "objektiv" sårbarhet kan være innleggelse i sykehus, hvor det er en asymmetri i kunnskap og lefolk stoler på profesjonelle. Når en person stoler på en helsearbeider, er tiltro til vedkommendes kompetanse viktig. Helsearbeidere er profesjonelle utøvere av kompetanse. Et vesentlig trekk ved å stole på kompetanse, er tiltro til den profesjonelles evne og vilje til å kunne

oppdage og korrigere egne feil, og til profesjonsinterne kontrollmekanismer (Luhmann 1999, Grimen 1996). Dessuten overlater en pasient i en slik situasjon på et visst tidspunkt til andre å avgjøre hva som er akseptabel risiko. Han kan sjelden vite om de som kan ta beslutninger, har oppfatninger om akseptabel risiko som samsvarer med hans egne.

Det er viktig å se at man kan gå inn i tillitsrelasjoner fra forskjellige posisjoner, karakterisert av ulik kunnskap og makt. Vi kan skille mellom å gi tillit ”oppover” og å gi tillit ”nedover”. En pasient stoler på helsepersonalet ”nedenfra”, og som tillitsgiver ”oppover” har pasienten færre muligheter til å stille en upålitelig tillitsmottaker til ansvar, og mindre makt og kunnskap til å kunne rette opp feil og misbruk.

Den som gir tillit, delegerer ofte rutiner i sitt liv som han selv er forhindret fra å utføre, til andre (Baier 1993, Grimen 1996). Pasienter må ofte delegere intime og private rutiner, for eksempel vask og stell, til profesjonelle, fordi de ikke kan gjøre dette selv. Hadde de vært friske, hadde de gjort det selv.

## 1.2.4 Tillit og makt

Analyser av tillit som utelater makt, blir naive, og analyser av makt som utelater tillit, blir grunne (Delmar 1999, Gulbrandsen 2000, Grimen 2001). Makt er viktig å diskutere i helsefagene, fordi helsefagenes primær-relasjoner er preget av flere typer asymmetri. En part er syk, den andre parten skal hjelpe. En part har mye, den andre parten har mindre kunnskap. En part trenger goder, den andre parten kontrollerer tilgangen til disse godene. Jeg vil her illustrere noen sammenhenger mellom makt og tillit (Grimen 2004).

### Makt kan skape tillit

Det finnes minst tre mulige årsaker til at makt kan skape tillit: tvang til lojalitet, aksept av legitimitet og tro på effektivitet. Tvang til lojalitet kan illustreres slik: en alvorlig eller akutt syk person har sjelden alternativer til å stole på helsepersonalets kompetanse og gode vilje. Dersom situasjonen er akutt, må pasienten i ekstreme tilfeller velge mellom å stole på legen eller å dø. Legen har da potensiell makt over pasienten. Tilliten kan forvitte om legen er upålitelig, eller om pasienten gjenvinner valgfriheten.



Legitim autoritet kan også skape tillit. Leger har en type autoritet som kan kalles legitim. Slik autoritet bygger på at de som er underlagt den, godtar den, fordi de godtar grunnlaget den bygger på. Makt kan dessuten skape tillit fordi en person tror at andre har makt eller evner til å gjøre ting som han selv ikke kan. Eksempelvis kan pasienten tro at legen er instrumentell effektiv og overføre makt til legen.

### Variasjon i utgangsbetingelsene for tillit

Man kan gå inn i tillitsrelasjoner ”ovenfra” eller ”nedenfra”. En person går inn ”ovenfra”, hvis han har effektive sanksjoner mot tillitsbrudd, eller er en troverdig trussel om å forlate relasjonen. Pasienten har bare svake og indirekte sanksjoner til rådighet overfor helsevesenets eventuelle tillitsbrudd, se kap. 1.2.2.

### Makt kan bygge på tillit

*”Tillid er selvudlevering, idet der foreligger en forventning om, at den anden tager imod den viste tillid og dermed foretager sig noget. I det ligger en etisk fordring om, at magten i relationen forvaltes, således at patientens handlerum øger”* (Delmar 1999, s.26).

Denne koblingen finnes fordi en type maktrelasjon og en type tillitsrelasjon har lik indre struktur. Å gi tillit er å skape en struktur av kontroll og interesse som kan være grunnlag for makt. Jamfør kap. 1.2.2, der Grimen illustrerer hva en tillitsgiver gjør.

### Tillitsgiveren bygger alltid på en situasjonsdefinisjon

Den fjerde viktige sammenhengen mellom tillit og makt, er at tillitsgiveren alltid oppfatter tillitsmottakeren på en bestemt måte. Hvis tillitsgiveren visste at hans situasjonsdefinisjon var feil, ville han ikke ha stolt på den andre personen. Men da er tillitsgiveren også sårbar overfor inntrykksmanipulasjon, og for ulikheter i kompetanse. Den ene parten har en kompetanse som den andre mangler, men trenger. Ved slik asymmetri i kompetanse har den som sitter på kompetansen, alltid størst sjanse til å få sin oppfatning av situasjonen gjennom. Den ukyndige mangler den kunnskap som trengs for å utfordre den kyndiges situasjonsdefinisjon.

## 1.2.5 Hva betyr tilliten for samhandlingen

I samhandling med pasientene, utgjør den verbale kommunikasjonen bare en liten del av samspillet. Ikke-verbale koder er sammen med rammebetingelsene i situasjonen og partenes

felles historie, det viktigste middel vi har til fortløpende å strukturere forløpet av en samtale. Ikke-verbale koder setter gjerne ”scenen” for den verbale samhandlingen; de benyttes til å starte samhandlingen, til å ordne hvem som skal snakke, til å melde når og hvordan samtaletema skal skifte, og til å avslutte samhandlingen (Holte 2000). De holder konversasjonsmaskinen velsmurt, vi merker ikke noe til dem inntil noe går galt.

Kommunikasjonsforskere skiller mellom en rekke ikke-verbale kommunikasjonskanaler som produserer ulike typer koder. Som visuelle og auditive koder regnes bruk av kroppsstillinger og bevegelser (kinetikk), fysisk utseende, og stemmebruk. Som fysiske kontaktkoder regnes gjerne bruk av berøring og fysisk distanse. Her under kommer også bruk av omgivelser, gjenstander, tidskoder, smak og lukt. Dette tror jeg vil være viktige parametere i min undersøkelse.

Tillit kan tilføre samhandlingen en form for løssluppenhet og bidra til at samtalen flyter lett og utvungent. Man kjenner seg akseptert og verdsatt, personene har ikke så mange tanker om hvordan man skal si tingene, eller på hva slags måte. Et klima preget av reservasjon og skepsis kan forverre pasientens situasjon ytterligere (Kristiansen 2004).

For det andre kan tilliten invitere til fellesskap. En helsearbeider som bryr seg om pasientene og føler et ansvar for deres ve og vel, vil gjennom sin væremåte invitere til en slik prosess. Men i den prosessen er det viktig at pasientens frihet blir ivaretatt. De skal selv, om mulig, få velge når og på hva slags måte de vil bli del av det fellesskapet som det inviteres til.

## **1.2.6 ”Den gode kliniske samtalen”**

Sand (2006) skrev artikkelen «Den gode kliniske samtale» som tar for seg klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i vitenskapsfilosofen Hans Skjervheim. Artikkelen bygger på to av hans essay; «Deltaker og tilskodar» og «Tillit til vitenskapen og tillit til mennesket», begge fra boken *Mennesket*. Hun trekker inn to erfaringer fra egen klinisk praksis. Hans Skjervheim legger vekt på hvor viktig språket er. Det er gjennom språket, muntlig og skriftlig, vi kommer i kontakt med hverandre. Skjervheim skriver om makten den ene samtalepartneren kan ha i en samtale. Sand tror makt er en viktig faktor i den kliniske samtale. Bruk av et språk som den andre, pasienten, ikke skjønner, kan være en måte å bruke makt på.

Konteksten er også en faktor som påvirker maktforholdet i samtalen. Står en mens pasienten sitter, ser en samtidig innimellom på klokken, lar en seg avbryte i samtalen av en telefon, er det medpasienter i nabosengene? Eksempelene er mange, og dette er bare noen.

Ifølge Sand bygger den gode kliniske samtalen på tillit. I et møte går tilliten begge veier. Men det er fagpersonen som har ansvaret og makten til å skape grunnlaget for at samtalen kan preges av tillit.

Skjervheim sier det slik: »Prinsippet er enkelt; ein bør ta mennesket alvorleg». Skjervheim advarer mot at en alltid ser etter motivet bak det den andre sier eller gjør. Han er skeptisk til Freuds psykoanalyse fordi den bidrar til at en ser etter et bakenforliggende og ”egentlig” budskap bak en handling. Han kaller dette en «demaskering». Det skaper rom for mistillit til den andres handlinger. En bør ta den andre alvorlig; at det han sier og gjør er motivert av de grunner han selv sier han har. I motsatt tilfelle innebærer det en mistillit til personens integritet. Det er grunn til å anta at det bryter ned menneskers helse å stadig bli møtt med: *«hva er det egentlig som gjør at du sier eller gjør som du gjør?»*

Skjervheim anerkjenner at det av og til er nødvendig å gå bak masken og finne de egentlige drivkreftene. Det er ikke psykologien, men psykologiens vektlegging av synsmåter ved forståelse av handlingene han advarer mot. Skjervheim sier: *»Vi kjenner alle dette spesielle gjennomskodande, avkledande, psykologiske blikket»*. Det er et blikk som ikke fremmer selvfølelse. Sand sier: *»Man føler, slik jeg gjorde det, at alt en sier eller gjør betraktes som et symptom på noe. Man opplever å miste sin frihet»*.

Bruk av det psykologiske blikket er et faremoment i relasjonen pasient-helsepersonell, både innen psykiatri og somatisk.

Samtalen er ifølge Skjervheim en treleddet relasjon: »Den andre, meg og saken, og hvor vi deler saken med hverandre». I den gode kliniske samtalen opplever pasienten at han blir tatt på alvor. I relasjonen pasient-fagperson er det fagpersonen som har nøkkelen til å la seg engasjere i saken eller ikke. Skjervheim beskriver ikke tonen i samtalen, men Sand mener tonen i samtalen er viktig. Hadde fagpersonen valgt å sette seg, legge fra seg papirer og ha blikkontakt med pasienten, kunne det bidratt til at pasienten følte seg møtt på en bedre måte. *»They maybe forget what you say, but they never forget how»*. (Ukjent lege på hospice i England)(Sykepleie forskning 2006 s.54)

I «Deltakar og tilskodar» leser vi at Skjervheim setter et tydelig skille mellom på den ene siden å delta, la seg engasjere, og på den andre siden å konstatere, og objektivisere. Behandler en det den andre sier som et faktum, så stiller en seg selv utenfor, og gjør seg selv til en fremmed i forhold til temaet. Det vi har til felles, både pasienter og helsepersonell, er at vi alle kan bli rammet av sykdom. Tar en dette perspektivet med i den kliniske samtalen, kan det være et utgangspunkt for å la seg engasjere i pasienten, nettopp fordi vi deler det felles- menneskelige det er å kunne bli rammet av sykdom. Dermed kan det være et grunnlag for å forstå litt av hvordan pasienten har det. Et grunnlag for å vise empati.

Hva hvis pasienten kommer med følelsesmessige reaksjoner? Sand sier: *»I mange samtaler har jeg erfart at en egentlig står igjen med seg selv. Å ha mot til å være tilstede som et medmenneske med fagkunnskap»*. Det er en styrke at en har vært i lignende situasjoner før, sett pasienter i lignende situasjoner selv om enhver pasient skal møtes som det unike menneske han eller hun er. Sand tror det dreier seg om å våge å være hjelpeløs. Hun sier: *«En fagperson som ikke tør å erkjenne sin hjelpeløshet er virkelig hjelpeløs»*.

Skjervheim mener at engasjement ikke er en egenskap som vi av og til har, og av og til ikke har. Det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i. Vi kan velge selv, eller la andre velge for oss. Ifølge Sand kan det være kultur knyttet til den rollen man har. Kanskje sosialiseres man allerede som student inn i rolle der det ikke forventes at man engasjerer seg noe særlig i pasienters eksistensielle problemer? Skjervheim trekker frem friheten til selv å velge: *»Det første som må veljast, er sjølv å ta valet»*(Skjervheim 2005 s.29). Ifølge Sand, kan Skjervheim inspirere en til å se sin frihet til å tenke nytt. Frihet til å gjøre andre valg. Frihet til å se nytt og handle annerledes. Skjervheim var skeptisk til at positivistisk kunnskap ble fremhevet og verdsatt i så stor grad. Sand mener Hans Skjervheim har mye å bidra med for å bedre den kliniske samtalen. Dikteren Stein Mehren sier det slik: *«Din fornuft er uten forstand før den har steget til ditt hjerte»*(Sykepleien forskning 2006 s.55).

### 1.3 Tidligere forskning

”Tillid og Magt – en moralsk utfordring” (Delmar 1999)

I 1999 skrev Delmar avhandlingen ”Tillid og Magt – en moralsk utfordring”. Det er et kvalitativ studie med en fenomenologisk/hermeneutisk forståelsesramme. Hun tar utgangspunkt i omsorgsbegrepet. Hun fant gjennom sine analyser ut at det i praksis ikke alltid lykkes for sykepleieren med tillit og makt, å ta vare på pasientens liv. En skjult og mer eller mindre ubevisst innsnevring av pasientens handlingsrom finner også sted.

Som maktinnehaver er det sykepleierens væremåte og øvrige kvalifikasjoner, som vil være utslagsgivende for pasientens handlingsrom og kvaliteten av sykepleien. Delmar sier derfor at det er viktig at sykepleieren er klar over at enhver situasjon rommer en etisk fordring om å oppdage appellen om hjelp og med en nyansert utfoldelse av kunnskaper hjelpe, således at pasientenes handlingsrom utvides.

Det pasientene etterlyste var situasjonsbestemt oppmerksomhet. Med det menes begrep som intuisjon, innlevelsessevne, danne seg et bilde, lese pasientenes behov. For å kunne utvikle disse evnene forutsetter man at sykepleieren interesserer seg for andre mennesker, at personlige kvalifikasjoner som personlig mot, trivsel og egenart fletter seg inn i omsorgen som en vesentlig forutsetning for å øke pasientenes handlingsrom. Det er ifølge Delmar også viktig at sykepleierne snakker åpent om de eksisterende maktrelasjoner både overfor kollegaer og pasienter. Faglig fundament og erfaringer er altså nødvendige, men ikke tilstrekkelige.

### ”Middels tillit til sykepleiere” (Dolonen 2006)

*I ”2005 gjennomførte legemiddelfirmaet Pfizer en undersøkelse om norske innbyggers oppfatning og holdning til helse spørsmål, helsevesenet og egen helse. Rundt 4000 deltok i spørreundersøkelsen som var kvalitetssikret av Statistisk Sentralbyrå. Et av spørsmålene gikk på hvor stor tillit de hadde til forskjellige institusjoner og yrkesgrupper innen helsevesenet” (Tidsskriftet Sykepleien 16/06, Dolonen 2006 s.10).*

Kari Anne Dolonen gjengir noen av resultatene fra den statistiske analysen.

Mens 67 prosent sier de har stor tillit til fastlegen sin, sier kun 39 prosent det samme om sykepleierne. I tillegg kan man se et klasseskille når det gjelder hvem som har tillit til sykepleiere:

- *Over halvparten av de med lav inntekt har høy tillit til sykepleiere.*
- *Under 25 prosent av de med høy inntekt sier det samme.*

Totalt svarer 54 prosent av de spurte at de har middels tillit til sykepleierne, mens åtte prosent oppgir at de har liten tillit til yrkesgruppen.

### ”Tillit til legen” (Skirbekk 1999)

I 1999 skrev Skirbekk hovedoppgaven ”Tillit til legen”. Hans utgangspunkt var et teoretisk studie om tillit, hvor forholdet mellom pasient og lege ble eksempelet i studie. Med utgangspunkt i sosiologisk litteratur forsøker han å skille mellom først-, andre- og tredjepersonstillit.

Førstepersonstillit er kort og godt selvtillit. Altså tillit til ens ”meg”. Andrepersonstillit er tillit til ens nærmeste. Med andre ord tillit til ”deg”, ”dere” og ”oss”. Tredjepersonstillit er tillit til abstrakte størrelser eller til personer vi ikke har førstehånds kunnskap om. Vi snakker her om tillit til ”dem”, ”ham”, ”henne” eller ”det”.

Skirbekk har gjennom sin studie funnet ut at det moderne menneske til en viss grad mangler en ontologisk sikkerhet som beskytter mot kriser og angst. Dette har gitt mennesket et behov for kommunikativ ”terapi” som også søkes hos legen. En slik søken kan ifølge Skirbekk kanskje også forklares med at pasientens tredjepersonstillit til legen kan være et funksjonelt alternativ til en svak førstepersonstillit. Legerollen derimot har gått mot økende spesialisering og har medført en viss avstand til pasienten. Slik vil legen og pasienten risikere at kommunikasjonen dem imellom ikke lengre kan baseres i en felles livsverden.

Legens ofte lite kritiske holdning til naturvitenskapen, vil også kunne belyse legens holdninger til pasientens ”terapibehov”. Et slikt ”Jeg-Det”-forhold mellom lege og pasient er nødvendig for å oppnå diagnostisk suksess, men pasientens behov for kommunikasjon rettet mot felles forståelse krever at legen også er i stand til å se pasienten som en hel person, som et ”Du”. Bare på den måten kan pasienten tas på alvor.

### ”Patient`s and nurses`experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust” (Berg, Danielson 2007)

This study is part of a larger project with the aim of elucidating the meaning of the caring relationship. It focuses on patients with long-term illness and nurses experiences about the caring relationship. The data were collected from 13 interviews, seven patients and six nurses, which were then analysed using an interpretive Phenomenological method.

The findings show that patients and nurses were aware in their striving for trust through forming a caring relationship. Their striving was not enough to result in trust. Patients had feelings of vulnerability despite nurse`s arduous compassion. The findings in this study are

understood as patients need a personal caring relationship which enables the possibility of trust, not only secure and pleased. However, patients needed more trust than the nurses had opportunities to offer.

## 1.4 Problemstilling

- a) Hvilke faktorer mener et utvalg sykepleiere har betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten:
- Relatert til ulike tillitsoppfatninger
  - Relatert til faktorer knyttet til sykepleieren
  - Relatert til faktorer knyttet til pasienten
  - Relatert til relasjoner/ansvarsfordeling
- b) Mener sykepleierne at det er en positiv sammenheng mellom deres teoretiske og praktiske fagkunnskap og evne til å skape tillitsfulle relasjoner med pasienter?

## 2.0 METODE

Før undersøkelsen ble gjennomført, ble det innhentet godkjenning fra avdelingssjefene ved kirurgisk avdeling i Molde og Kristiansund, for å bruke de respektive avdelingene.

### 2.1 Setting

Utvalget som har blitt brukt i undersøkelsen, har bestått av sykepleiere ansatt på kirurgisk avdeling ved Sjukehuset i Molde og i Kristiansund. Dette er døgnbemannede avdelinger.

### 2.2 Informanter

Informantene som deltok i undersøkelsen var sykepleiere tilsatt ved tre avdelinger (2 i Kristiansund, 1 i Molde). De hadde minimum treårig helsefaglig utdanning, og var av begge kjønn. 60 sykepleiere ble spurt om å delta, og 57 besvarte spørreskjemaet. Det ga en svarprosent på 95.

### 2.3 Prosedyre

#### 2.3.1 Litteraturstudie

Fordypning i teori og tidligere forskning om temaet tillit, startet våren 2007.

Det ble gjort søk i databasene Bibsys, NORART, Svemed+ og Ovid Medline, British Nursing Index, Ovid Nursing Full Text Plus og Psycinfo.

Norske søkeord har vært tillit, mistillit, sykepleier, sårbarhet, makt, pasient.

Engelske søkeord har vært trust, power, vulnerable, communication, patient, nursing, confidence, distrust, context or professional confidence.

Det ble gjort ulike kombinasjonssøk på søkeordene

I Medline ga søkeordet "trust" 453 treff, "distrust" 33 treff.

Kombinasjonssøk på "Trust" and "nurse" ga 38 treff. Kombinasjonssøk på "trust", "nurse", "contex", "patient" ga 2 treff. Kombinasjonssøk på "trust", "distrust", "professional" "competence", "vulnerable", "power" and "nurse" ga 38 treff.



I British Nursing Index, Ovid Nursing Full Text Plus og Psycinfo, ga samme kombinasjonssøk 231 treff. I bare Psycinfo ga søkeordene "power", "nursing" and "trust" 17 treff. Kombinasjonssøk på "power", "trust" and "patient" ga 84 treff.

I Svemed+ ga søkeordene "tillit" 59 treff, "trust" 66 treff, "sårbarhet" 19 treff, "sykepleier" 183 treff, "nurse" 2475 treff, "pasient" 948. Kombinasjonssøk på "trust" and "patient" ga 24 treff, "trust" and "nurse" ga 10 treff.

I Bibsys ga kombinasjonssøket på "tillit" og "pasient" 2 treff ellers 0 treff

I NORART ga samme kombinasjonssøk 0 treff, mens søkeordet "tillit" ga 167 treff og

"tillit" og "makt" ga 1 treff. Aktuelle abstrakt ble tatt ut og gjennomlest, og fire artikler ble valgt ut. Det presiseres at det ikke er gjort et uttømmende søk, mange av titlene var klart ikke aktuelle. Noen funn er presentert i kap. 1.3

## 2.3.2 Utarbeiding av spørreskjemaet

Etter litteraturstudiet, begynte arbeidet med oppbyggingen av spørreskjemaet. Skjemaet ble bygd opp med henblikk på å ivareta de aspektene ved tillit som ble framhevet som viktige i den tilgjengelige faglitteraturen. Disse aspektene dannet også grunnlag for problemstillingene i denne undersøkelsen. Flere revisjoner ble gjort for å redusere til et så lavt og samtidig dekkende antall spørsmål som mulig. Dette resulterte i følgende hoveddeler (se vedlegg 1):

### 1. utvalgs karakteristika

*(f.eks kjønn, alder, år som sykepleiere.)*

### 2. spørsmål relatert til ulike tillitsoppfatninger

*(f.eks: tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette.)*

### 3. spørsmål relatert til sykepleieren

*(f.eks: som sykepleier ser jeg ofte etter motivet bak det pasienten sier eller gjør)*

### 4. spørsmål relatert til pasienten

*(f.eks: at pasienten må bytte gruppe/kontakter i avdelingen påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier negativt)*

## 5. spørsmål relatert til relasjoner/ansvarsfordeling

*(f.eks: tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleier og pasient)*

*(f.eks: hvem har ansvar for å bygge tillit, sykepleieren)*

## 6. spørsmål relatert til fagkompetanse

*(f.eks: teoretisk og praktisk fagkunnskap er en nødvendig faktor for tillit mellom pasient og sykepleier)*

Spørreskjemaet består totalt av 34 ledd. Tretti av disse var utformet som påstander. Svar alternativene for disse var spesifisert på en femdelt skala som gikk fra 1= *helt enig* til 5= *helt uenig* eller fra 1= *i stor grad* til 5= *ikke i det hele tatt*.

Tre ledd ble formulert som åpne spørsmål, der informantene f.eks. ble bedt om å beskrive tre faktorer som de mener lettest kan føre til at tilliten mellom pasient og sykepleier blir dårligere.

Det siste leddet i spørreskjemaet måler hvilken av tre modeller for tillit, som informanten synes er best. Dette leddet har faste svaralternativer. Disse tillitsmodellene ble presentert på eget ark sammen med spørreskjemaet. (se vedlegg 1)

Tillitsmodell 1 er teoretisk forankret i blant annet Løgstrup, Stern, Kohut (se kap. 1.2.2). I spørreskjemaet er denne modellen representert ved ledd 2,3 og 5.

Tillitsmodell 2 er teoretisk forankret i Coleman (se kap 1.2.2). I spørreskjemaet er denne modellen representert ved ledd 4.

Tillitsmodell 3 er teoretisk forankret i Luhmann(kap.1.2.2). og i spørreskjemaet er denne modellen representert ved ledd 4.

### 2.3.3 Forhåndsvalidering av spørreskjemaet

En gruppe på fem sykepleiere fra sykehuset i Molde validerte spørreskjemaet. Tre av disse hadde erfaring fra sykepleierundervisning og somatiske avdelinger, en hadde lang erfaring fra psykiatri og en hadde lang erfaring fra nevrologisk avdeling. Valideringen var innrettet på brukervennlighet og klinisk relevans og sykepleierne ble derfor spesifikt bedt om innspill vedrørende:

- Tidsbruk
- Mengde spørsmål
- Eventuelle overlappende spørsmål
- Om spørsmålene var lett forståelige
- Om tillitsmodellene var tydelige nok
- Om problemstillingene var relevant og tydelig nok

Gruppen brukte ca. 20 minutter på å besvare skjemaet og dette ble vurdert til å være litt i overkant av tid for å opprettholde optimal konsentrasjon. Det ble også påpekt at en del av spørsmålene var overlappende og derfor overflødige. Gruppen bidro også med en rekke innspill for å gjøre spørsmålene mer lettforståelige. Tillitsmodellene var ifølge gruppen klare og tydelige nok som de var beskrevet.

### **2.3.4 Valg av kontaktperson for informantene**

Enhetslederne ved de respektive avdelingene ble kontaktet. Siden de hadde størst innflytelse på informantene som var sykepleierne på avdelingene, ble det i samråd, bestemt at de skulle være forfatterens kontaktpersoner og koordinatorene på avdelingene.

### **2.3.5 Informasjonsbrev til informantene**

Sykepleierne fikk utdelt et informasjonsbrev vedrørende deltagelse i spørreundersøkelsen sammen med spørreskjemaet. Det beskrev forfatteren, hva undersøkelsen gikk ut på, problemstillingene, at svarskjemaene ble aidentifisert gjennom at forfatteren (BDM) ikke hadde tilgang på navnerregisteret, og at den enkelte deltaker kunne trekke seg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt (se vedlegg 2).

### **2.3.6 Datainnsamling**

Spørreskjemaene ble personlig levert ut til kontaktpersonene på avdelingene. Spørreskjemaene var nummererte. Enhetslederne brukte en navneliste de hadde på ansatte, som hun nummererte i forhold til spørreskjemaets nummer. Forfatteren forholdt seg bare til numrene på

spørreskjemaene, og kunne si ifra hvilke numre som manglet. Dette ble gjort for å sikre høyest mulig svarprosent.

### 2.3.7 Statistisk analyse

I de deskriptive statistiske analysene ble følgende parameter brukt: aritmetisk gjennomsnitt (mean), median, standardavvik og spennet mellom høyeste og laveste verdi (range). På grunn av at medianen lå nært opp til aritmetisk gjennomsnitt, er det bare ved forskjeller tatt med. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ble brukt for å kontrollere om skårefordelingene for variabler med kontinuerlig skåreskala var tilnærmet normalfordelte. Funn med p-verdi høyere enn 0,05 på denne testen viser tilnærmet normalfordeling. Parametrisk statistikk (*t*-test) ble brukt for variabler som var tilnærmet normalfordelte. For de andre variablene ble ikke-parametriske metoder (Mann-Whitney *U*-test og Kendall's *tau*) brukt.

For alle tester unntatt One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ble et konvensjonelt signifikansnivå på  $p < 0,05$  brukt. Alle p-verdier mellom 0,05 og 0,10 ble regnet som en signifikant tendens. Alle analyser ble gjort ved hjelp av SPSS Versjon 15.0.

## 3.0 RESULTATER

### 3.1 Deskriptiv statistikk

#### 3.1.1 Utvalgskarakteristika

I Molde deltok 30 (2 menn) og i Kristiansund deltok 27 sykepleiere (1 mann)

Dette ga 57 besvarte spørreskjemaer. Svarprosenten var på 100, så n= 57 informanter gjelder for alle analyser av de 34 leddene i spørreskjemaet. Ved analyser av undergrupper av informanter er n spesifisert for hver av disse.

**Tabell 1**

**Fordeling av alder, klinisk erfaring, utdanning og antall sykehusinnleggelses i utvalget angitt i Gjennomsnittsverdi (gj.snitt), Spredning (Range) og Standardavvik (Sa).**

| Variabel                  | Molde (n=30) |       |      | Kristiansund (n=27) |       |      | Samlet   |       |      |
|---------------------------|--------------|-------|------|---------------------|-------|------|----------|-------|------|
|                           | Gj.snitt     | Range | Sa   | Gj.snitt            | Range | Sa   | Gj.snitt | Range | Sa   |
| Alder                     | 39,9 år      | 20-60 | 9,72 | 38,3 år             | 20-60 | 9,22 | 39,2 år  | 20-60 | 9,44 |
| År som sykepleier         | 13,3         | 2-36  | 9,54 | 10,4                | 1-32  | 8,71 | 11,9     | 1-36  | 9,19 |
| År arbeidet i kir avd.    | 10,6         | 2-36  | 7,93 | 9,0                 | 1-26  | 7,39 | 9,8      | 1-36  | 7,65 |
| År videreutdanning        | 0,50         | 0-3   | 0,86 | 0,44                | 0-1   | 0,69 | 0,47     | 0-3   | 0,78 |
| Ant. ganger innl. sykehus | 3,13         | 0-9   | 2,27 | 2,85                | 0-11  | 2,69 | 3,0      | 0-11  | 2,46 |

### **3.1.2 Funn relatert til ulike tillitsoppfatninger, av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten**

På funn relatert til ulike tillitsoppfatninger, svarer sykepleierne på en skala fra 1= "Helt enig" til 5= "Helt uenig" på disse spørsmålene:

- Personer som viser tillit er sårbare fordi de kan bli utsatt for maktbruk (gjennomsnitt= 2,88, Sa=1,24, enig =45,6 %).
- Mistillit oppstår først når tillit blir brutt (gjennomsnitt= 2,05, Sa= 0,93, enig= 75,4 %)
- Tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette for det (gjennomsnitt= 1,91, Sa= 0,85, enig= 78,9 %).
- Å vise tillit er å ta en kalkulert risiko (gjennomsnitt= 2,56, Sa= 1,26, enig= 61,4 %).
- Tillitsfulle personer kan i sin handling grense til å være naive (gjennomsnitt= 3,30, Sa= 1,08).

### **3.1.3 Funn relatert til sykepleieren, av betydning for tillit og mistillit, i samhandling med pasienten.**

**Tabell 2**

**Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til sykepleieren når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten. Er angitt i prosent, gjennomsnittsverdi (gj.snitt) og Standardavvik (Sa).**

| <b>Ledd relatert til sykepleieren</b>   | <b>Enig<sup>1</sup></b> | <b>Uenig<sup>2</sup></b> | <b>Gj.snitt</b> | <b>Sa</b> |
|---|-------------------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| Som sykepleier (spl) blir jeg som oftest følelsesmessig engasjert av hva pas sier       | 38,6 % <sup>3</sup>     | 14,0 % <sup>3</sup>      | 2,74            | 0,85      |
| Som spl. ser jeg ofte etter motivet bak det pas. sier eller gjør                        | 61,4 %                  | 19,3 %                   | 2,49            | 1,02      |
| Som spl. er min personlighet viktig for å skape tillit til pas.                         | 89,5 %                  | 0 %                      | 1,65            | 0,51      |
| Som spl. er mitt ”personlige mot” viktig for å skape tillit til pas.                    | 98,2 %                  | 5,3 %                    | 1,88            | 0,80      |
| Som spl. er jeg sårbar for manglende tillit   | 75,4 %                  | 5,3 %                    | 1,98            | 0,91      |
| Er det positivt at spl. står mens pas. ligger   | 14,1 %                  | 77,2 %                   | 3,93            | 1,03      |
| Er det positivt at spl. ofte ser på klokka i samtale med pas.                           | 1,8 %                   | 96,5 %                   | 4,8             | 0,54      |
| Er det positivt at spl. avbryter kontakten med pas hvis det er en telefon til henne/han | 5,3 %                   | 79,0 %                   | 4,0             | 0,86      |

---

<sup>1</sup> Enig = Helt enig (Skåre 1) og Enig (2).

<sup>2</sup> Uenig = Helt uenig (Skåre 5) og Uenig (4).

<sup>3</sup> Tiltærmet normalfordelt (Kolmogorov-Smirnov test).

|   |                     |                     |      |      |
|---|---------------------|---------------------|------|------|
| Er det positivt at spl. lar seg avbryte av medpas. i nabosenga ved samtale.                   | 5,3 %               | 86,0 %              | 4,16 | 0,79 |
| Er det positivt at spl. har god blikkontakt med pas.  | 100 %               | 0 %                 | 1,02 | 0,13 |
| Er det positivt at spl. bruker et språk pas. skjønner   | 100 %               | 0 %                 | 1,02 | 0,13 |
| Er det positivt at spl. viser innlevelse  | 100 %               | 0 %                 | 1,16 | 0,36 |
| Er det positivt at spl. gir tilbakemelding til pas.   | 100 %               | 0 %                 | 1,02 | 0,13 |
| Er det positivt at spl. og pas. har gjensidig anerkjennelse av hverandre                      | 93,0 %              | 5,3 %               | 1,58 | 0,84 |
| Spl. mulighet til å påvirke avdelingsdriften er nødvendig for at pas. skal få tillit til spl. | 49,1 % <sup>3</sup> | 19,3 % <sup>3</sup> | 2,79 | 1,08 |



### 3.1.4 Funn relatert til pasienten, av betydning for tillit og mistillit, i samhandling med sykepleieren.

På funn relatert til pasienten, svarer sykepleierne på en skala fra 1= "Helt enig" til 5= "Helt uenig" eller fra 1= "i stor grad" til 5= "ikke i det hele tatt".

på disse spørsmålene:

- Mer kravstore og velinformerte pasienter gjør at tilliten mellom sykepleier og pasient endrer seg (gjennomsnitt= 2,82, Sa= 1,07).
- Når pasienten må bytte gruppe/kontakt i avdelingen påvirkes tilliten mellom pasient og sykepleier negativt (gjennomsnitt= 2,70, Sa= 0,84).
- Fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier (gjennomsnitt= 3,54, Sa= 0,94).
- Lang venting på lege påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier (gjennomsnitt= 2,72, Sa= 0,97).
- At pasienten kan velge sykepleiere selv, er viktig for tilliten mellom pasient og sykepleier (gjennomsnitt= 3,25, Sa= 0,95).

### 3.1.5 Funn relatert til relasjoner/ansvarsfordeling, av betydning for tillit og mistillit, i samhandling med pasienten

På funn relatert til relasjoner, svarer sykepleierne på en skala fra 1= "Helt enig" til 5= "Helt uenig" på disse spørsmålene:

- Relasjonsbygging er en nødvendig faktor for tilliten mellom pasient og sykepleier (gjennomsnitt= 1,79, Sa= 0,67, enig= 86,0 %).
- Tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleier og pasient (gjennomsnitt= 1,14, Sa= 0,35, enig= 100 %).

På funn relatert til ansvarsfordeling, svarer sykepleierne på en skala fra 1= "Ikke ansvarlig" til 10= "Hovedansvarlig" på disse spørsmålene:

- Hvem har ansvar for å bygge tillit, sykepleieren (gjennomsnitt= 9,42, Sa= 0,99, ansvar= 95,7 %), pasienten (gjennomsnitt= 4,95, Sa= 2,19). avdelingen (gjennomsnitt= 8,61, Sa= 1,79, ansvar= 81,7 %).

### **3.1.6 Funn relatert til fagkompetanse, av betydning for tillit og mistillit, i samhandling med pasienten**

På funn relatert til relasjoner, svarer sykepleierne på en skala fra 1= "Helt enig" til 5= "Helt uenig" på disse spørsmålene:

- Teoretisk og praktisk fagkunnskap er en viktig faktor for tilliten mellom sykepleier og pasient (gjennomsnitt= 1,33, Sa= 0,54, enig= 96,5 %).
- Antall år som sykepleier er avgjørende for tillit mellom sykepleier og pasient(gjennomsnitt= 3,51, Sa= 1,00).

### **3.1.7 Funn fra de åpne spørsmålene**

#### **Tabell 3**

**Svarfordeling på ledd 27 , faktorer som sykepleierne mener lettest kan føre til at tillit fra pasient til sykepleier ikke oppstår, angitt i antall informanter med det aktuelle svaret (n)**

| <b>Viktige faktorer</b>                             | <b>Kristiansund (n)</b> | <b>Molde (n)</b> |
|---|-------------------------|------------------|
| Sviktende faglig kompetanse                         | 12                      | 20               |
| Dårlig tid –stress                                  | 11                      | 12               |
| Dårlig kommunikasjon                                | 29                      | 21               |
| Avtalebrudd   | 8                       | 6                |
| Lite engasjement/forståelse i forhold til pasienten | 20                      | 17               |
|   | 100 %                   | 100%             |
|   | (n= 80)                 | (n= 76)          |

**Tabell 4**

**Svarfordeling på ledd 28, faktorer som sykepleierne mener lettest kan føre til at tilliten mellom pasient og sykepleier blir dårligere, angitt i antall informanter med det aktuelle svaret (n)**

| <b>Viktige faktorer</b>                             | <b>Kristiansund (n)</b> | <b>Molde (n)</b> |
|---|-------------------------|------------------|
| Sviktende faglig kompetanse                         | 10                      | 9                |
| Dårlig tid – stress                                 | 13                      | 6                |
| Dårlig Kommunikasjon                                | 18                      | 21               |
| Avtalebrudd   | 13                      | 12               |
| Lite engasjement/forståelse i forhold til pasienten | 13                      | 22               |
|   | 100 %                   | 100 %            |
|   | (n= 73)                 | (n= 70)          |

## 3.2 Sammenlignende statistikk

### 3.2.1 Utvalgsvariabler

- De fem variablene ble testet for om de var tilnærmet normalfordelte med Kolmogorov-Smirnov test ( $K - SZ$ ). Følgende tre variabler var tilnærmet normalfordelte: alder ( $K - SZ = 0,849$ ,  $p = 0,467$ ), antall år som sykepleier ( $K - SZ = 1,183$ ,  $p = 0,122$ ), og antall ganger innlagt i sykehus ( $K - SZ = 1,261$ ,  $p = 0,083$ ). Det var ingen signifikante forskjeller mellom utvalget fra Molde ( $n=30$ ) og utvalget fra Kristiansund ( $n=27$ ) (uparet t-test). Det framkom heller ingen signifikante forskjeller mellom utvalgene når det gjaldt de to variablene som ikke var tilnærmet normalfordelte, antall år i kirurgisk avdeling og antall år med videreutdanning (uparet Mann-Whitney test)

### 3.2.2 Forskjeller mellom de to gruppene (Molde og Kristiansund)

#### Ulike tillitsoppfatninger

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til tillitsoppfatninger når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test og angitt i gjennomsnittsverdi (gj.snitt) for Molde/Kristiansund).

- Statistisk tendens ble funnet for ledd 3 "Tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette for det ( $U(30,27) = 295,9$ ,  $p = 0,060$ , gj.snitt =  $25,35 / 33,06$ ).

#### Om sykepleierne

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til sykepleieren når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test og angitt i gjennomsnittsverdi (gj.snitt) for Molde/Kristiansund).

- For ledd 11 "Er det positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger" var det signifikant forskjell mellom de to sykehusene ( $U(30,27) = 277,5$ ,  $p = 0,029$ , gj.snitt = 4,23/ 3,59). Statistiske tendenser ble funnet for ledd 8 "Som sykepleier er mitt "personlige mot" viktig for å skape den nødvendige tilliten til pasienten" ( $U(30,27) = 299,0$ ,  $p = 0,052$ , gj.snitt = 1,73/ 2,04) og for ledd 12 "Er det positivt at du ofte ser på klokka i samtale med pasienten" ( $U = 340$ ,  $p = 0,085$ , gj.snitt = 4,93/ 4,67).

### Om pasientene

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til pasienten når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- For ledd 21 " At pasienten kan velge sykepleier selv, er viktig for tilliten mellom pasient og sykepleier", var det signifikant forskjell mellom de to sykehusene ( $U(30,27) = 243,0$ ,  $p = 0,007$ ). Statistiske tendenser ble funnet for ledd 23 " Fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier" ( $U(30,27) = 294,0$ ,  $p = 0,059$ ).

### Om relasjoner/ansvarsfordeling

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til relasjoner/ansvarsfordeling når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- For ledd 29 " Hvem har ansvar for å bygge tillit, Avdelingen", var det signifikant forskjell mellom de to sykehusene ( $U(30,27) = 257,0$ ,  $p = 0,013$ ).

Statistisk tendens ble funnet for ledd 29 " Hvem har ansvar for å bygge tillit, pasienten" ( $U(30,27) = 287,0$ ,  $p = 0,053$ ).

### 3.2.3 Forskjeller i forhold til valgt tillitsmodell (1 og 3)

Har i denne analysen sett på om det er forskjeller mellom sykepleiere som valgt tillitsmodell 1 (n=32) og de som mente at tillitsmodell 2(n=17) var best. Disse undergruppene ble valgt fordi de til sammen utgjorde 86 % av totalutvalget (n=57).

#### Utvalgsvariabler

For variabelen alder, var det signifikant forskjell mellom tillitsmodell 1 (n=32) og tillitsmodell 2 (n=17) (t= 2,22, p=0,031)(uparet t-test).

#### Ulike tillitsoppfatninger

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til tillitsoppfatninger når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- For ledd 2 " Mistillit oppstår først når tillit blir brutt" (U (32,17)= 180,5, p= 0,038), og ledd 3 " Tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette (U (32,17)= 131,5, p= 0,001), var det signifikant forskjell mellom de to modellene.

#### Om sykepleierne

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til sykepleierne når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

Det var signifikant forskjell mellom de to modellene når det gjelder skårer på:

- ledd 6 ” Som sykepleier blir jeg som oftest følelsesmessig engasjert av hva pasienten sier” (U (32,17)= 158,5, p= 0,008).
- ledd 8 ” Som sykepleier er mitt ”personlige mot” viktig for å skape den nødvendige tilliten til pasienten” (U (32,17)= 174,5, p= 0,019) og likeså for ledd 11 ” Er det positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger” (U (32,17)= 170,0, p= 0,021).

### Om relasjoner/ansvarsfordeling

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til relasjoner/ansvarsfordeling når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- For ledd 29 ” Hvem har ansvaret for å bygge tillit, sykepleieren”, var det signifikant forskjell mellom de to modellene (U (32,17)= 172,0, p= 0,014).

## **3.2.4 Forskjeller om man har videreutdanning eller ikke.**

Har i denne analysen sett på om det er forskjeller mellom sykepleiere som ikke har videreutdanning 0 år(n= 38) og de som har videreutdanning 1 år(n=13). Disse undergruppene ble valgt fordi de til sammen utgjorde 89 % av totalutvalget (n=57).

### Utvalgsvariabler

Det var signifikant forskjell mellom ingen videreutdanning (n= 38) og 1 år videreutdanning (n=13) for variablene Alder(t= -3,148, p=0,003), år som sykepleier (t=-3,443, p=0,001) og antall ganger innlagt i sykehus (t= -2,444, p= 0,018).(uparet t-test).

For variabelen ”antall år arbeidet i kirurgisk avdeling”, var det signifikant forskjell om sykepleieren har videreutdanning eller ikke ( $U(38,13) = 92,4$ ,  $p = 0,001$ ) (uparet Mann-Whitney test).

### Om sykepleierne

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til sykepleierne når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- For ledd 10 ”som sykepleier er jeg sårbar for manglende tillit”, var det signifikant forskjell om du har videreutdanning eller ikke ( $U(38,13) = 141,0$ ,  $p = 0,014$ ).

Statistisk tendens ble funnet for:

- ledd 8 ”Som sykepleier er mitt ”personlige mot” viktig for å skape den nødvendige tilliten til pasienten” ( $U(38,13) = 173,0$ ,  $p = 0,065$ ).
- ledd 9 ”Som sykepleier er min personlighet viktig for å skape tillit til pasienten” ( $U(38,13) = 182,5$ ,  $p = 0,098$ ).
- ledd 18 ”er det positivt at sykepleieren gir tilbakemelding til pasienten” ( $U(38,13) = 228,0$ ,  $p = 0,087$ ).

### Om pasientene

Skårefordeling på ledd i spørreskjemaet knyttet til pasienten når det gjelder betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten (uparet Mann-Whitney test).

- Statistisk tendens ble funnet for ledd 24 ”Lang venting på lege påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier” ( $U(38,13) = 172,0$ ,  $p = 0,088$ ).



### 3.3 Korrelasjons statistikk

#### 3.3.1 Sammenhenger mellom utvalgs karakteristika og skåring på tillitsvariabler knyttet til ulike tillitsoppfatninger

##### Alder

Det var en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være enig i at mistillit først oppstår når tillit blir brutt ( $r = -0,241$ ,  $p = 0,020$ ).

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Å vise tillit er å ta en kalkulert risiko ( $r = -0,196$ ,  $p = 0,053$ ).

##### År som sykepleier

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall år som sykepleier og det å være enig i at å vise tillit er å ta en kalkulert risiko ( $r = -0,246$ ,  $p = 0,016$ ).

##### År arbeidet i kirurgisk avdeling

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Å vise tillit er å ta en kalkulert risiko ( $r = -0,173$ ,  $p = 0,092$ ).

##### Antall år videreutdanning

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Tillitsfulle personer kan i sin handling grense til å være naive ( $r = -0,213$ ,  $p = 0,069$ ).

### 3.3.2 Sammenhenger mellom utvalgs karakteristika og skåring på tillitsvariabler knyttet til egen rolle som sykepleier

#### Alder

Det var en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være uenig i at det er positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger ( $r= 0,228$ ,  $p= 0,028$ ).

Med høyere alder økte også andelen av sykepleiere som var enig i at en som sykepleier er sårbar for manglende tillit ( $r= -0,209$ ,  $p= 0,045$ )

To negative korrelasjoner ga signifikante tendenser:

Er det positivt at sykepleieren bruker et språk pasienten skjønner ( $r= -0,187$ ,  $p= 0,094$ ).

Er det positivt at sykepleieren har god blikkontakt med pasienten ( $r= -0,187$ ,  $p= 0,094$ ).

#### År som sykepleier

En positiv korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Er det positivt at sykepleieren lar seg avbryte av medpasienter i nabosenga når hun/han samtaler med en pasient ( $r= 0,193$ ,  $p= 0,070$ ).

#### Antall år videreutdanning

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall år videreutdanning og det å være enig i at sykepleieren er sårbar for manglende tillit ( $r= -0,338$ ,  $p= 0,005$ ).

En positiv korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Som sykepleier er min personlighet viktig for å skape tillit til pasienten ( $r= -0,221$ ,  $p= 0,083$ ).

#### Antall ganger innlagt i sykehus

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall ganger innlagt i sykehus og det å være uenig i at sykepleieren og pasienten bør ha gjensidig anerkjennelse av hverandre ( $r= 0,242$ ,  $p= 0,033$ ).

### **3.3.3 Sammenhenger mellom utvalgskarakteristika og skåring på tillitsvariabler knyttet til rollen som pasient**

#### **Alder**

Det var en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være enig i at dersom pasienten må bytte gruppe/kontakt i avdelingen påvirker dette tilliten mellom pasient og sykepleier negativt ( $r= -0,231$ ,  $p= 0,028$ ).

En positiv korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier ( $r= 0,183$ ,  $p= 0,078$ ).

#### **År som sykepleier**

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Når pasienten må bytte gruppe/kontakt i avdelingen påvirker det tilliten mellom pasient og sykepleier negativt ( $r= -0,182$ ,  $p= 0,084$ ).

#### **År arbeidet i kirurgisk avdeling**

En positiv korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier ( $r= 0,181$ ,  $p= 0,083$ ).

#### **Antall ganger innlagt i sykehus**

Det var en signifikant sammenheng mellom økende mellom antall ganger innlagt i sykehus og det å være uenig i at mer kravstore og velinformerte pasienter gjør at tilliten mellom sykepleier og pasient endrer seg ( $r= 0,213$ ,  $p=0,045$ ). Likeså at

fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier ( $r= 0,386$ ,  $p= 0,000$ ) og at lang venting på lege påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier ( $r= 0,362$ ,  $p= 0,001$ ).

### **3.3.4 Sammenhenger mellom utvalgskarakteristika og skåring på tillitsvariabler knyttet til relasjoner/ansvarsfordeling**

#### **Alder**

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Hvem har ansvar for å bygge tillit, pasienten ( $r= -0,186$ ,  $p= 0,059$ ).

#### **År som sykepleier**

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall år som sykepleier og det å være enig i at avdelingen har et ansvar for å bygge tillit ( $r= -0,206$ ,  $p= 0,044$ ).

#### **Antall år videreutdanning**

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall år videreutdanning og det å være enig i at relasjonsbygging er en nødvendig faktor for tilliten mellom pasient og sykepleier ( $r= -0,272$ ,  $p= 0,027$ ).

#### **Antall ganger innlagt i sykehus**

Det var en signifikant sammenheng mellom økende antall ganger innlagt i sykehus og det å være enig i at pasienten har et ansvar for å bygge tillit ( $r= -0,237$ ,  $p=0,021$ ).

### 3.3.5 Sammenhenger mellom utvalgskarakteristika og skåring på tillitsvariabler knyttet til fagkompetanse

#### År som sykepleier

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Antall år som sykepleier er avgjørende for tillit mellom sykepleier og pasient (r= -0,190, p= 0,065).

#### År arbeidet i kirurgisk avdeling

En negativ korrelasjon, ga en signifikant tendens:

Antall år som sykepleier er avgjørende for tillit mellom sykepleier og pasient (r= -0,197, p= 0,058).

## 4.0 DISKUSJON

### 4.1 Hovedfunn

Denne undersøkelsen tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- a) Hvilke faktorer mener et utvalg sykepleiere har betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten:
  - Relatert til ulike tillitsoppfatninger
  - Relatert til sykepleieren
  - Relatert til pasienten
  - Relatert til relasjoner/ansvarsfordeling
  
- b) Mener sykepleierne at det er en positiv sammenheng mellom deres teoretiske og praktiske fagkunnskap og evne til å skape tillitsfulle relasjoner med pasienter?

I forhold til alder er det en signifikant forskjell mellom valg av tillitsmodell. Gjennomsnittsalder for de som valgte modell 1, var i overkant av 41 år. De som valgte modell 3, hadde en gjennomsnittsalder på 35 år. Dette viser at den yngre aldersgruppen har valgt modell 3, mens den eldre aldersgruppen har valgt modell 1.

Modell 1, beskriver tillit som et grunnvilkår i menneskets tilværelse, og mennesket har en naturlig tilbøyelighet til å vise hverandre tillit. Vi er født i tillitsrelasjoner – den bare er der, kan ikke forklares eller begrunnes. Mistillit derimot krever begrunnelse, den kommer først inn i verden når tillit blir brutt. Tillitsmodell 1 er teoretisk forankret i blant annet Løgstrup, Stern, Kohut (se kap. 1.2.2).

Modell 3, beskriver at man ikke lenger kan ta det for gitt at alle opplever verden på samme måte. Forventninger om hvordan andre vil handle, gjør oss usikre. Tillit trenger heller ikke å være avveid rasjonelt, men kan bli utvist tankeløst, lettsindig og rutinemessig.

Fortrolighet er en forutsetning både for tillit og mistillit, og begge kan være en løsning på samme problem. Tillitsmodell 3 er teoretisk forankret i Luhmann (kap.1.2.2). Disse to modellene representerer to helt ulike retninger. Modell 1 tar utgangspunkt i at vi er født i tillitsrelasjoner,

og at tillit verken er rasjonell eller irrasjonell. Den bare er der. Modell 3 tar utgangspunkt i å betrakte mennesker ikke bare som gjenstander i verden, men som noen som har frihet til å se ting på en annen måte og oppføre seg annerledes (Grimen 2004).

Kan valg av modell være knyttet til den rolle man har i sin generasjon, eller har verden forandret seg slik at de yngre har andre forutsetninger for å vektlegge valg av tillitsmodell? Kanskje sosialiseres man allerede som student inn i rollen der det ikke forventes at man skal engasjere seg noe særlig i pasienters eksistensielle problemer? Skjervheim trekker frem friheten til selv å velge: *»Det første som må veljast, er sjølv å ta valet»* (Skjervheim 2005 s.29).

### **Faktorer av betydning i utvalgskarakteristika.**

Utvalgets gjennomsnittsalder var relativt høy (39,2 år). År som sykepleier (11,9 år) var tilnærmet lik antall år arbeidet i kirurgisk avdeling (9,8 år). Et slikt funn tilsier at de som jobber ved kirurgisk avdeling i gjennomsnitt har lang erfaring og er stabil i forhold til valg av yrkesfaglig retning innenfor sykepleieryrket. At de har lang erfaring som basis for deres forståelse av hva som skaper tillit og mistillit i samhandling med pasienter, kan ha bidratt til stabile og pålitelige svar. Samtidig kan det å ha liten erfaring fra andre sykepleiefaglige spesialiteter ha påvirket svarene de ga.

I forhold til å ha videreutdanning eller ikke ha videreutdanning, er det også en signifikant forskjell i forhold til alder, antall år som sykepleier, antall år arbeidet i kirurgisk avdeling og antall ganger innlagt i sykehus. Gjennomsnittsalderen for den som har 1 år videreutdanning er nesten 46 år, det viser at de fleste har lang erfaring som sykepleier og har jobbet i kirurgisk avdeling lenge, før de tar videreutdanning.

## **4.1.1 Faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten relatert til ulike tillitsoppfatninger.**

Tre av fire informanter sier seg enig i at "Mistillit oppstår først når tillit blir brutt". Det underbygger Løgstrups teori om at mistillit er et sekundært, parasittært fenomen, som kommer når tillit forvitrer. Tilhengere av denne oppfatningen bruker barnets opphavelige tillit til foreldrene som eksempel. Barns tillit til foreldrene er spontan, ubegrunnet og ubetinget. Barn

stoler på foreldrene uten å ha gode grunner for det. De har heller ikke gode grunner for ikke å stole på dem. Tillit til foreldrene er ikke noe de lærer. Det er noe de har i utgangspunktet. Mistillit kommer først inn i barnets verden når nære voksne ikke viser seg tilliten verdig.

Det var en signifikant sammenheng mellom økende alder hos informantene og det å være enig i at mistillit først oppstår når tillit blir brutt.

Nesten 80 % sa seg enig i at ”Tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette for det”. Tillit er konstituerende for menneskets måte å være i verden på, ifølge Løgstrup. Vi har en naturlig tilbøyelighet til å vise hverandre tillit. Vi er født i tillitsrelasjoner. Tillit tilhører *conditio humana*, menneskets grunnvilkår (Grimen 2004).

Når det gjaldt faktorer av betydning relatert til ulike tillitsoppfatninger, var det en signifikant forskjell i forhold til valgt tillitsmodell. Vedrørende påstandene om at ”mistillit først oppstår når tillit blir brutt” og at ”tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette for det”, det er framhevet i tillitsmodell 1 (Løgstrup, Stern, Kohut) som stod sterkest.

I overkant av 60 % sa seg enig i at ”Å vise tillit er å ta en kalkulert risiko”.

Å stole på noen er å kalkulere risiko inn i grunnlaget for handling. Slik Grimen (2004) tolker Coleman, er det å handle under risiko å kjenne konsekvensene av hvert handlingsalternativ, og å kunne anslå sannsynligheten for at de vil inntreffe. Forstår man tillit slik, er det ikke noe logisk grunnlag for å si at tillit er mer grunnleggende eller kommer kronologisk forut for mistillit. Tillit og mistillit står logisk sett på samme nivå. Det er resultatet av risikokalkylen som skal bestemme hvorvidt man skal stole eller ikke stole på andre.

Det var også en signifikant sammenheng mellom økende antall år som sykepleier og det å være enig i at å vise tillit er å ta en kalkulert risiko.

Dette avspeiler ikke bare lang praksiserfaring, men sannsynligvis også lang livserfaring. Om det er begge deler som virker inn på svarresultatet kan være individuelt. For noen kan erfaringer fra praksis være avgjørende, mens for andre kan livserfaringer som for eksempel samlivsbrudd, være avgjørende for hvordan de går inn i en relasjon med pasienten. Mistillit er ifølge Coleman (Grimen 2004), et handlingsalternativ for enhver rasjonell person, og det er ingen moralsk forskjell på tillit og mistillit. Det er forventet nytte som skal vise om det er godt eller dårlig å stole eller ikke stole på noen.



Også Luhmann (Grimen 2004) sier, at den som gir tillit alltid utsetter seg for en risiko for et tillitsbrudd. Men han mener både tillit og mistillit kan være funksjonelle ekvivalenter. De kan begge være en løsning på samme problem, men mistillit er mer psykologisk belastende enn tillit.

#### **4.1.2 Sykepleierrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten**

Alle svarte at det er positivt at sykepleieren bruker et språk pasienten skjønner.

Dette underbygger Sands tolkning av Skjervheim. Sand tror makt er en viktig faktor i den kliniske samtalen. Bruk av et språk som den andre, pasienten, ikke skjønner, kan være en måte å bruke makt på. Kan dette spørsmålet ha så mye forventningspress i seg at man får svar som fortjent? Selv om undersøkelsen er anonym, kan det også tenkes at informantene har tenkt at det er best i samsvar med en ”riktig” sykepleierholdning å svare slik

Konteksten for kontakt og kommunikasjon er også en faktor som påvirker maktforholdet i samtalen. Nesten 80 % sier det ikke er positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger, likeså at det ikke er positivt at sykepleieren avbryter kontakten med pasienten hvis det er en telefon til han/henne. Nesten alle sier det ikke er positivt at sykepleieren ofte ser på klokka i samtale med pasienten, eller lar seg avbryte av medpasienter i nabosenga ved samtale. Kan det også her tenkes at informantene svarer som de gjør fordi de tror det forventes av dem?

Det var personalgruppen i Molde som sa seg sterkest uenig i at det positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger. I forhold til valgt tillitsmodell, var det de som valgte modell 3 (Luhmann), som sterkest sa seg uenig i at det er positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger.

Det var en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være uenig i at det er positivt at sykepleieren står mens pasienten ligger. Kan det være egne erfaringer som pasient som tilsier dette svaret? Eller mange års praksis- og livserfaringer? Kan det skyldes tilbakemeldinger fra pasienter?

Alle informantene svarte at det er positivt at sykepleieren har god blikkontakt med pasienten.

I relasjonen pasient - fagperson er det ifølge Skjervheim (2005) fagpersonen som har nøkkelen til å la seg engasjere i saken eller ikke. Skjervheim beskriver ikke tonen i samtalen, mens Sand

mener tonen i samtalen er viktig. Hadde fagpersonen valgt å sette seg, legge fra seg papirer og ha blikkontakt med pasienten, kunne det bidratt til at pasienten følte seg møtt på en bedre måte.

På spørsmål om sykepleieren ofte ser etter motivet bak det pasienten sier eller gjør, svarer over 60 % at de gjør det. Skjervheim mener dette skaper rom for mistillit til den andres handlinger. Han mener det er grunn til å anta at det bryter ned menneskers helse å stadig bli møtt med: ”*hva er det egentlig som gjør at du sier eller gjør som du gjør?*”

Sand sier: »*Man føler, slik jeg gjorde det, at alt en sier eller gjør betraktes som et symptom på noe. Man opplever å miste sin frihet.*»

En alternativ måte å forstå en slik tolkende innfallsvinkel på er å se det som et forsøk på å forstå den andre på et dypere plan. Denne undersøkelsen kan verken stadfeste eller avkrefte dette.

På spørsmål om det er positivt at sykepleieren viser innlevelse, svarer alle informantene at de er enig i det. Ifølge Skjervheim er dette et utgangspunkt for å la seg engasjere i pasienten, nettopp fordi vi deler det felles menneskelige det er å kunne bli rammet av sykdom. Dette kan dermed være et grunnlag for å forstå litt av hvordan pasienten har det.

Ifølge Delmars avhandling var det situasjonsbestemt oppmerksomhet pasientene etterlyste.

Nesten alle informantene svarte at de var enig i at deres ”personlige mot” er viktig for å skape tillit til pasienten. Likeså svarte nesten 90 % at deres personlighet var viktig for å skape tillit til pasienten. Ifølge Delmar er personlige kvalifikasjoner som ”personlig mot, trivsel og egenart” flettet inn i omsorgen en vesentlig forutsetning for å øke pasientenes handlingsrom.

Sand sier: »*I mange samtaler har jeg erfart at en egentlig står igjen med seg selv. Å ha mot til å være tilstede som et medmenneske med fagkunnskap*» (Sand 2006 s.54). Det er en styrke at en har vært i lignende situasjoner før, sett pasienter i lignende situasjoner, selv om enhver pasient skal møtes som det unike menneske han eller hun er. Sand tror det dreier seg om å våge å være hjelpeløs. Hun sier: »*En fagperson som ikke tør å erkjenne sin hjelpeløshet er virkelig hjelpeløs*» (Sykepleie forskning 2006 s.55). Er det å erkjenne hjelpeløshet noe man ser kan være viktig, men ikke våger?

I forhold til tillitsmodell, var det de som valgte modell 1 (Løgstrup, Stern, Kohut), som sterkest var enig i at sykepleierens ”personlige mot” er viktig for å skape den nødvendige tilliten til pasienten.

Om lag tre av fire informanter svarte at de var sårbare for manglende tillit.

I en tillitsrelasjon blir den som gir tillit sårbar. Når A stoler på B, blir A sårbar.

Tillitsmottakeren kan også være sårbar, fordi han – eller det han vil gjøre – kan være avhengig av tillit fra andre. Mange profesjonelle, for eksempel helsearbeidere, er i en slik situasjon. De trenger tillit fra andre for å kunne utøve sitt yrke, og er derfor sårbare for manglende tillit.

Å gi tillit innebærer å godta og være sårbar ("to accept vulnerability"), basert på en vurdering ("judgment") (Warren 1999). Vurderingen kan være taus eller vanemessig. Filosofen Baier uttrykker det som at å vise tillit innebærer en akseptert sårbarhet idet man frivillig gir fra seg makt (Baier 1991).

De som valgte tillitsmodell 3 (Luhmann) og hadde videreutdanning, var mest enig i at sykepleieren er sårbar for manglende tillit. Det var også en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være enig i at sykepleieren er sårbar for manglende tillit.

93,0 % svarte at det er positivt at sykepleier og pasient har gjensidig anerkjennelse.

Tillit kan tilføre samhandlingen en form for løssluppenhet og bidra til at samtalen flyter lett og utvungent. Man kjenner seg akseptert og verdsatt, personene har ikke så mange tanker om hvordan man skal si tingene, eller på hva slags måte. Et klima preget av reservasjon og skepsis kan forverre pasientens situasjon ytterligere (Kristiansen 2004).

Jessica Benjamin (1990) trekker fram gjensidig anerkjennelse (gjensidighetsrelasjon) som kjerneelementet i intersubjektivitet. Individets kapasitet til å anerkjenne den andres subjektivitet utvikles gradvis gjennom evne til inntoning og toleranse for forskjeller.

Hva med de 7 % som ikke svarte at det er positivt at sykepleier og pasient har gjensidig anerkjennelse? Ved økende antall ganger innlagt i sykehus er informantene i større grad uenig i at sykepleieren og pasienten bør ha gjensidig anerkjennelse av hverandre. Kan de med egen pasienterfaring kjenne på at dette blir "for nært"? Kan pasientens ønske om privatliv ikke bli respektert nok? Kan det å miste rollen som den mer distanserte profesjonelle yrkesutøver virke truende på noen? I enkelte situasjoner vil avstand kanskje være nødvendig, for å kunne overleve i yrket.

Alle informantene svarte at det er positivt at sykepleieren gir tilbakemelding til pasienten. Tillit kan invitere til fellesskap. En helsearbeider som bryr seg om pasientene og føler et ansvar for deres ve og vel, vil gjennom sin væremåte invitere til en slik prosess. Men i den prosessen er det

viktig at pasientens frihet ivaretas. Om mulig skal de selv få velge når og på hva slags måte de vil bli del av det fellesskapet som det inviteres til.

Et grunnleggende utgangspunkt for moderne utviklingsforståelse er at menneskets selvopplevelse og selvforståelse er forankret i en dialogisk matrise, basert på gjensidig og aktiv interaksjon med andre mennesker (Hansen 2000).

Målet er å bedre pasientens innsikt i forhold til seg selv og sine relasjoner for å få innsikt i og kontakt med egne følelser. Pasientene har forskjellige forutsetninger for å kunne gå inn i og holde en tillitsrelasjon. Det samme gjelder også for sykepleierne som er hovedfokus i denne undersøkelsen.

Informantene som valgte tillitsmodell 1 (Løgstrup, Stern, Kohut), var mest enig i at sykepleier oftest blir følelsesmessig engasjert av hva pasienten sier.

### **4.1.3 Pasientrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten.**

Det var signifikant forskjell mellom de to sykehusene når det gjelder påstanden om at det er viktig for tilliten mellom pasient og sykepleier at pasienten kan velge sykepleier selv. Personalgruppen i Kristiansund skåret høyest når det gjelder denne påstanden.

Ifølge Grimen (2004), er pasientens mulighet til å kunne velge bort helsearbeidere som de mistror, ett av fire trekk som synes å være viktige tillitsvekkende faktorer. På et visst tidspunkt overlater dessuten en pasient i en slik situasjon det til andre å avgjøre hva som er akseptabel risiko. Han kan sjelden vite om de som kan ta beslutninger, har oppfatninger om akseptabel risiko som samsvarer med hans egne.

Det er viktig å se at man kan gå inn i tillitsrelasjoner fra forskjellige posisjoner, karakterisert av ulik kunnskap og makt. Vi kan skille mellom å gi tillit ”oppover” og å gi tillit ”nedover”. En pasient stoler på helsepersonalet ”nedenfra”, og som tillitsgiver ”oppover” har pasienten færre muligheter til å stille en upålitelig tillitsmottaker til ansvar, og mindre makt og kunnskap til å kunne rette opp feil og misbruk.

Den som gir tillit, delegerer ofte rutiner i sitt liv som han selv er forhindret fra å utføre, til andre (Baier 1993, Grimen 1996). Pasienter må ofte delegerer intime og private rutiner, for eksempel vask og stell, til profesjonelle, fordi de ikke kan gjøre dette selv. Hadde de vært friske, hadde de gjort det selv.

Det var også en signifikant sammenheng mellom økende alder og det å være enig i at dersom pasienten må bytte gruppe/kontakt i avdelingen vil dette påvirke tilliten mellom pasient og sykepleier negativt. Økende alder gir både livs og praksiserfaringer kan bidra til at dette oppleves som en viktig faktor.

Ifølge Kristiansen (2004), er det når det gjelder prosessen å skape tillit, viktig at pasientens frihet blir ivaretatt, ved at han selv, om mulig, kan få velge når og på hva slags måte han vil bli en del av fellesskapet.

Det var også signifikante sammenhenger mellom økende antall ganger innlagt i sykehus og det å være uenig i at mer kravstore og velinformerte pasienter gjør at tilliten mellom sykepleier og pasient endrer seg, at fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier og at lang venting på lege påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier. En signifikant sammenheng var det også vedrørende økende antall ganger innlagt i sykehus og det å være enig i at pasienten har et ansvar for å bygge tillit.

Disse sammenhengene kan tyde på at informanter som har vært innlagt i sykehus som pasient selv, har en annen tolkning av pasientens rolle enn de som ikke har vært innlagt. Kan denne erfaringen være noe av det viktigste man kan erverve seg som sykepleier? Er det slik at på seg selv kjenner en andre?

På spørsmål om hva som lettest kan føre til at tillit mellom pasient og sykepleier ikke oppstår, svarer de to gruppene stort sett likt, med unntak av faglig kompetanse som ble skåret høyere i Molde. De faktorene som skårer høyest hos begge gruppene er kommunikasjon og lite engasjement/ forståelse i forhold til pasienten (se tabell 3). Ifølge Grimen (2004) er dette tre av fire trekk han fremhever som viktige tillitskapende faktorer: helsearbeiderens evne til kommunikasjon, deres villighet til å følge opp pasienten, og deres kompetanse.

I noen pasient– sykepleierrelasjoner er det å få tilbakemelding og bli sett det viktigste, i andre er det å ha noen å kunne lene seg på/bli støttet sentralt, mens noen søker likhet i relasjoner. Selvet utvikler seg i samspillet med objektene, og det er viktig med tilbakemelding fra betydningsfulle andre (Bjørkly 2007).

Den ene faktoren som skiller de to sykehusene i forhold til hva som kan føre til at tillit mellom pasient og sykepleier blir dårligere, er lite engasjement/ forståelse i forhold til pasienten.

Ifølge Skjervheim (2005), er engasjement ikke en egenskap som vi av og til har, og av og til ikke har. Det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i. Vi kan velge selv, eller la andre velge for

oss. Ifølge Sand virker kulturelle forhold inn på den rolleutvikling og vedlikehold. I denne sammenhengen kan en spørre om svarforskjellene avspeiler forskjellige avdelingskulturer eller om andre faktorer forklarer den fremkomne forskjellen bedre.

#### **4.1.4 Relasjons- og ansvarsrelaterte faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten.**

Alle svarer at ”Tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleier og pasient”.

86 % av informantene sier seg enig i at ”Relasjonsbygging er en nødvendig faktor for tilliten mellom pasient og sykepleier”. Også økende antall år videreutdanning ser ut til å øke sannsynligheten for at en er enig i at relasjonsbygging er en nødvendig faktor for tilliten mellom pasient og sykepleier.

Nesten alle svarte at sykepleieren har hovedansvaret, men de som valgte tillitsmodell 3 (Luhmann), sa seg mest enig i dette.

Ifølge teorien kan tillit invitere til fellesskap. En helsearbeider som bryr seg om pasientene og føler et ansvar for deres ve og vel, vil gjennom sin væremåte invitere til en slik prosess (Kristiansen 2004). Sand (2006) hevder at det er fagarbeideren som har ansvaret og makten til å skape grunnlaget for at samtaler kan preges av tillit.

Skal man se kritisk på dette spørsmålet, kan man jo spørre seg om informantene svarer som forventet og at en ikke kunne forvente andre og mer kontroversielle svar her.

Omtrent 80 % sier at avdelingen har litt mindre ansvar.

Det var en signifikant forskjell mellom de to utvalgene. Personalgruppen i Molde var sterkest enig i at avdelingen har et ansvar for å bygge tillit. Det var også en signifikant sammenheng mellom økende antall år som sykepleier og det å være enig i at avdelingen har et ansvar for å bygge tillit.

Ifølge Grimen (2004) innfører Luhmann et skille mellom personlig tillit og systemtillit. Personlig tillit er personers tillit til andre personer, og systemtillit kan for eksempel være tillit til sykepleierens autorisasjon og kompetanse. Han sier også at systemtillit er lettere å lære enn personlig tillit, men samtidig mye vanskeligere å kontrollere.

### 4.1.5 Faktorer av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten knyttet til teoretisk og praktisk fagkunnskap.

Nesten alle sier seg enig i at ”Teoretisk og praktisk fagkunnskap er en viktig faktor for tilliten mellom sykepleier og pasient”. Igjen kan en reise spørsmål om dette er ”forventningssvar” og at spørsmålet åpner i for liten grad opp for nyanseringer.

Likevel, når en person stoler på en helsearbeider, er tiltro til vedkommendes kompetanse viktig. Helsearbeidere er profesjonelle utøvere av kompetanse. Et vesentlig trekk ved å stole på kompetanse, er tiltro til den profesjonelles evne og vilje til å kunne oppdage og korrigere egne feil, og til profesjonsinterne kontrollmekanismer (Luhmann 1999, Grimen 1996).

## 4.2 Metodekritikk

Spørreskjemadesignet:

Undersøkelsen ville ha profitert på en mer omfattende forhåndsvalidering av spørreskjemaet med et større utvalg sykepleiere. Spørsmålene gjenspeiler likevel handlinger og erfaringer sykepleierne kunne gjenkjenne i sitt daglige arbeid med pasienter.

Det gikk raskere å få inn de besvarte spørreskjemaene fra avdelingen som forfatteren jobber ved. Dette kan skyldes at forfatter nesten hver dag tok en runde for å høre om noen som kunne tenke seg å svare enda ikke hadde gjort det.

Dette viser at det kreves tett oppfølging og hyppige påminnelser for å oppnå en høy svarprosent,.

Det er relativt få informanter i utvalget. Jo mindre utvalg, desto større er risikoen for at utvalget ikke er representativt. Det er derfor viktig med tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. I dette studiet var inklusjonskriteriene for utvalget at de skulle være av begge kjønn, jobbe ved en kirurgisk avdeling og ha minimum 3-årig høyskoleutdanning. Kjønnfordelingen ble veldig skjev i utvalget, men dette avspeiler også den reelle kjønnfordelingen i avdelingene. Dette førte til at en ikke kunne gjøre sammenlignende analyser mellom menn og kvinner.

Denne undersøkelsen gir foreløpig støtte til at tillit også kan studeres innenfor et kvantitativt design. Dette avhenger imidlertid av kvaliteten på spørreskjemaet. I den sammenheng er det grunn til å sette et kritisk lys på noen av spørsmålene i spørreskjemaet. På spørsmålene det er

stor enighet om, er det slik at informantene svarer slik det forventes av dem eller er dette reelle svar og dekker spørsmålene gjenkjennbare situasjoner?

Dybden og oppfølgingsmulighetene er mer begrenset i et kvantitativt enn i et kvalitativt design.

Utvalgsstørrelsen gjorde det vanskelig å gjøre annet enn univariate analyser. Med et større utvalg kunne man ha brukt et multivariat design der man kunne kontrollere for flere variabler samtidig.

### **4.3 Forslag til videre forskning**

Når man ser på resultatene, kunne det ved en senere anledning vært interessant å gjøre samme studie med pasienter i avdelingene som informanter. Det ville gi svar på om pasientens opplevelse av hva som er viktig for å skape tillit, er i samsvar med sykepleiernes forforståelse og kunnskap om temaet.

Det har kommet frem signifikante sammenhenger i forhold til besvarelser der sykepleierne har vært innlagt i sykehus. Endrer det å være pasient sykepleierens erfaringer av hva som skaper tillit/ endrer tillit? Det ville være spennende å gå nærmere inn på akkurat dette.

En annen vinkling det kunne vært interessant å se på er, hvem er sykepleieren? Hvilke sosiale og psykologiske forutsetninger/begrensninger/relasjoner har hun/han for å gi/ ikke gi den tillit/engasjement pasienten ønsker? Kan det være kjønnsrelaterte forskjeller?

Det kunne også vært interessant å gjøre samme undersøkelse med et større og mer representativt utvalg, og sammenligne forskjellige avdelinger (medisin, kirurgi, psykiatri, etc.). I tillegg kunne man sammenligne større utvalg av erfarne og uerfarne sykepleiere for å finne mer generaliserbare forskjeller og sammenhenger.



## 4.0 LITTERATURLISTE

Arrow, K.J. (1974): The Limits of Organization. New York og London: W.W. Norton og Co.

Baier, A. (1986): Trust and Anti-trust. Ethics, vol. 96.

Berg, L. Danielson, E. (2007): "Patient`s and nurses`experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust" The Authors. Journal compilation. Nordic College of Caring Science.

Bjørkly, S. (2006): Innføring i kvantitativ forskningsmetode. Forelesningsnotater høsten 2006.

Bjørkly, S. (2007): En introduksjon til fire psykoterapeutiske perspektiv. Forelesningsnotater våren 2007.

Coleman, J.S. (1990): Foundations of Social Theory. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.

Delmar, C. (1999): Tillid & Magt. En moralsk utfordring.

København: Munksgaard.

Dolonen, A.K. (2006): Middels tillit til sykepleiere. Sykepleien jobb, nr. 16 – 94.årgang.

Grimen, H. (2007): Profesjon og tillit. Ennå ikke publisert artikkel våren 2007.

Gulbrandsen, T. (2000): Makt og tillit. Sosiologisk Tidsskrift, nr. 4, årgang 9.

Holte, A. (2000): Basal kommunikasjonsteori: Har psykoterapeuter noe å lære? Rønnestad, M. H. (red): Psykoterapi og Psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis.

Oslo: Gyldendal Akademiske.

Johannessen, A. (2007): Introduksjon til SPSS. Versjon 14. 3.utg. Oslo: Abstrakt forlag as.

Kilvik, A. Og Lamøy, L.I. (2005): Litteratursøking i medisin og helsefag. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Kristiansen, A. (2004): Tillit – hva betyr det for samtalen? Overland, B. (red): Samtalen i skolen.

Luhmann, N. (1999): Tillid – en mekanisme for reduktion af social kompleksitet. København: Hans Reitzels.

Løgstrup, K.E. (1975): Den etiske fordring. København: Gyldendal.

Nortvedt, P & Grimen, H (2004): Sensibilitet og refleksjon, filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademiske.

O'Donovan, L.J. (1998): "A profession of trust: Reflections on a fundamental virtue". Otolaryngology – Head and Neck Surgery, vol.118, no.5.

Potter, N.N. (2002): How Can I Be Trusted? A Virtue Theory of Trustworthiness. Lanham: Rowan & Littlefield Publishers.

Sand, A.M. (2006): "Den gode kliniske samtalen" Oslo: Sykepleien Forskning 01/06.

Seligman, A.B. (1997): The Problem of Trust. Princeton: Princeton University Press.

Skjervheim, H. (2005): Mennesket: Deltaker og tilskodar, Tillit til vitenskapen og tillit til mennesket. Oslo: Universitetsforlaget.

Sellmann, D. (2007): “Trusting patients, trusting nurses”. Blackwell Publishing Ltd Nursing Philosophy, 8, pp. 28-36.

Skirbekk, H. (1999): Tillit til legen – En drøfting av kommunikasjonsforhold mellom lege og pasient. Oslo: Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Warren, M. (1999): Democracy and Trust. Cambridge: Cambridge University Press.

## Problemstilling

- c) Hvilke faktorer mener et utvalg sykepleiere, har betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten?
  
- d) Mener sykepleierne at det er en positiv sammenheng mellom deres kompetanse og evne til å skape tillitfulle relasjoner med pasienter?

### Ulike tillitmodeller som sammen danner grunnlaget for spørreskjemaet

#### Modell 1:

Tillit er et grunnvilkår i menneskets tilværelse, og mennesket har en naturlig tilbøyelighet til å vise hverandre tillit. Vi er født i tillitsrelasjoner – den bare er der, kan ikke forklares eller begrunnes. Mistillit derimot krever begrunnelse, den kommer først inn i verden når tillit blir brutt.

#### Modell 2:

Å gi eller ikke gi tillit er noe som står til menneskets rådighet, noe de har herredømme over. Å stole eller ikke stole på noen er et valg. Det er å kalkulere inn muligheten for at den som får tillit, kan handle annerledes enn tillitsgiveren forventer. Mistillit er et handlingsalternativ for enhver rasjonell person, og det er ingen moralsk forskjell på tillit eller mistillit. Det er forventet nytte som skal vise om det er godt eller dårlig å stole eller ikke stole på noen.

#### Modell 3:

Man kan ikke lenger ta det for gitt at alle opplever verden på samme måte. Forventninger om hvordan andre vil handle, gjør oss usikre. Tillit trenger heller ikke å være avveid rasjonelt, men kan bli utvist tankeløst, lettsindig og rutinemessig.

Fortrolighet er en forutsetning både for tillit og mistillit, og begge kan være en løsning på samme problemet.

## Spørreskjema

Nr.....

Kjønn: Mann  Kvinne

Fødselsår: .....

Antall år som sykepleier: .....

Antall år jobbet i kirurgisk avdeling: .....

Antall år videreutdanning: .....

Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehuset: .....

### ***I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene***

*Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.*

|  | Helt enig | Ganske enig | Verken enig eller uenig | Ganske uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-------------|-------------------------|--------------|------------|
| 1. Personer som viser tillit er sårbare fordi de kan bli utsatt for maktbruk | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 2. Mistillit oppstår først når tillit blir brutt                             | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 3. Tillit er medfødt og utvikler seg hvis forholdene er lagt til rette.      | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 4. Å vise tillit er å ta en kalkulert risiko                                 | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 5. Tillitsfulle personer kan i sin handling grense til å være naive          | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |

### ***I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene***

*Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.*

|   | Helt enig | Ganske enig | Verken enig eller uenig | Ganske uenig | Helt uenig |
|---|-----------|-------------|-------------------------|--------------|------------|
| 6. Som sykepleier blir jeg som oftest følelsesmessig engasjert av hva pasienten sier                | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 7. Som sykepleier ser jeg ofte etter motivet bak det pasienter sier eller gjør                      | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 8. Som sykepleier er mitt "personlige mot" viktig for å skape den nødvendige tilliten til pasienten | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
|   | Helt enig | Ganske enig | Verken enig eller uenig | Ganske uenig | Helt uenig |
| 9. Som sykepleier er min personlighet viktig for å skape tillit til pasienten                       | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 10. Som sykepleier er jeg sårbar for manglende tillit   | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |

**I hvilken grad er disse faktorene av positiv betydning for tillit mellom sykepleier og pasient ?**

**Er det positivt at du:**

Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.

|  | Stor<br>grad | Noen<br>grad | Verken noen<br>eller liten<br>grad | Liten<br>grad | Ikke i det<br>hele tatt |
|--|--------------|--------------|------------------------------------|---------------|-------------------------|
| 11. - står mens pasienten ligger                                     | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 12. - ser ofte på klokka i samtale med pasienten                     | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 13. - avbryter kontakten hvis det er en telefon til deg              | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 14. - lar deg avbryte av medpasienter i nabosenga                    | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 15. - har god blikkontakt med pasienten                              | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 16. - bruker et språk pasienten skjønner                             | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 17. - viser innlevelsesevne  | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 18. - gir tilbakemelding til pasienten                               | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |
| 19. - sykepleier og pasient har gjensidig anerkjennelse av hverandre | 1            | 2            | 3                                  | 4             | 5                       |

### ***I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene***

Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.

|  | Helt enig | Ganske enig | Verken enig eller uenig | Ganske uenig | Helt uenig |
|--|-----------|-------------|-------------------------|--------------|------------|
| 20. Mer kravstore og velinformerte pasienter gjør at tilliten mellom sykepleier og pasient endrer seg                  | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 21. At pasienten kan velge sykepleier selv, er viktig for tilliten mellom pasient og sykepleier                        | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 22. Tillit er viktig i relasjonen mellom sykepleier og pasient   | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 23. Fritt sykehusvalg har endret tilliten mellom pasient og sykepleier   | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 24. Lang venting på lege påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier  | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 25. At pasienten må bytte gruppe/kontakter i avdelingen påvirker tilliten mellom pasient og sykepleier negativt        | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 26. Sykepleieres mulighet til å påvirke avdelingsdriften er nødvendig for at pasienten skal få tillit til sykepleieren | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |



27. Nevn tre faktorer som du mener lettest kan føre til at tillit fra pasient til sykepleier ikke oppstår

.....

.....

.....

28. Nevn tre faktorer som du mener lettest kan føre til at tilliten mellom pasient og sykepleier blir dårligere

.....

.....

.....

29. **Hvem har ansvar for å bygge tillit:**

Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.

1=ikke ansvarlig og 10=hovedansvarlig

|                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Pasienten har ansvar    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sykepleieren har ansvar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Avdelingen har ansvar   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

### ***I hvilken grad er du enig/uenig i disse påstandene***

Sett ring rundt det svaret du synes passer best for hvert utsagn. Kun en ring pr. linje.

|   | Helt enig | Ganske enig | Verken enig eller uenig | Ganske uenig | Helt uenig |
|---|-----------|-------------|-------------------------|--------------|------------|
| 30. Relasjonsbygging er en nødvendig faktor for tilliten mellom pasient og sykepleier               | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 31. Teoretisk og praktisk fagkunnskap er en viktig faktor for tilliten mellom sykepleier og pasient | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |
| 32. Antall år som sykepleier er avgjørende for tilliten mellom sykepleier og pasient                | 1         | 2           | 3                       | 4            | 5          |

33. Er det noen faktorer som ikke er nevnt her, som er av betydning for tillit som

tema?

.....

.....

.....

34. Hvilken modell for tillit passer best for deg (se 1. side)

Sett ring rundt det svaret du synes passer best for deg. Kun en ring.

1

2

3

## INFORMASJONSBREV VEDRØRENDE DELTAGELSE I SPØRREUNDERSØKELSE

Jeg er geriatrisk sykepleier og mastergradsstudent ved høyskolen i Molde. Fokus i studiet er kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. Jeg har valgt tillit som tema for min prosjektoppgave og ønsker å bruke sykepleiere som målgruppe.

### Hensikt

Jeg ønsker med denne oppgaven å få til en refleksjon, en bevisstgjøring hos mine kollegaer over forbindelsen det er mellom tillit og mistillit i samhandling med pasientene. Får jeg til dette, vil det i neste omgang forhåpentligvis komme pasienten til gode og kanskje sikre/øke kvaliteten i tjenesten.

### Problemstilling

- a) Hvilke faktorer mener et utvalg sykepleiere, har betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten?
- b) Mener sykepleierne at det er en positiv sammenheng mellom deres kompetanse og evne til å skape tillitsfulle relasjoner med pasienter?

Pasienten er i denne oppgaven en kirurgisk pasient. Med kompetanse menes antall år ansiennitet, videreutdanning-, teoretisk og praktisk fagkunnskap- og ferdigheter i relasjonsbygging sykepleieren har.

### Framgangsmåte

Ca. 60 sykepleiere vil bli spurt om å delta, fra to kirurgiske avdelinger. Spørreundersøkelsen vil finne sted høsten 2007.

### Frivillighet

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere eller at det får noen konsekvens for deg som sykepleier. Det stilles ingen krav om forberedelse før deltakelse.

Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Funn fra prosjektet kan bli publisert i form av en artikkel eller være utgangspunkt i planlegging av interne kurs. Jeg vil gjøre deg oppmerksom på at data ikke kan slettes etter at artikkelen eventuelt er skrevet.

## Taushetsplikt

Kontaktperson for avdelingen vil være enhetsleder.

Innsamlet datamateriale vil bli behandlet konfidensielt og lagres på et låsbart sted. Ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen. Spørreskjemaene vil være nummererte, og kontaktpersonen vil få en navneliste på ansatte ved avdelingen som hun/han vilkårlig skal nummerere i forhold til spørreskjemaene. Jeg skal bare forholde meg til numrene på spørreskjemaet, og kan si ifra om hvilke numrer jeg mangler. Denne oppfølgingen ser jeg på som viktig for å sikre utvalget. Prosjektet er tenkt avsluttet våren 2008, og da vil alt datamateriale bli makulert.

Håper på positiv respons og at du vil delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen

Bente Dale Malones

Veileder: Stål Bjørkly ved Høyskolen i Molde

Bente Dale Malones

Sølsnes

6456 Skåla

Sølsnes 021007

Avdelingssjef kirurgisk avdeling

Helse Nordmøre og Romsdal

### SØKNAD VEDRØRENDE DELTAGELSE I SPØRREUNDERSØKELSE.

Jeg er geriatrisk sykepleier ved Kirurgisk avdeling A og mastergradsstudent ved Høgskolen i Molde. Fokus i studiet er kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper. Jeg har valgt tillit som tema for min prosjektoppgave og ønsker å bruke sykepleiere som målgruppe.

### **Hensikt**

Jeg ønsker med denne oppgaven å få til en refleksjon, en bevisstgjøring hos mine kollegaer over forbindelsen det er mellom tillit, sårbarhet og makt i samhandling med pasientene. Får jeg til dette, vil det i neste omgang forhåpentligvis komme pasienten til gode og kanskje sikre/øke kvaliteten i tjenesten.

### **Problemstilling**

- c) Hvilke faktorer er i følge et utvalg sykepleieres oppfatning av betydning for tillit og mistillit i samhandling med pasienten?
- d) Mener de at det er en positiv sammenheng mellom sykepleieres kompetanse og evne til å skape tillitsfulle relasjoner med pasienter?

Pasienten blir i denne oppgaven om mulig en kirurgisk pasient. Med kompetanse menes antall år ansiennitet, og eventuelt spesialisering/kurs sykepleieren har.

## Framgangsmåte

Ca. 60 sykepleiere vil bli spurt om å delta. Spørreundersøkelsen vil finne sted høsten 2007.

Jeg har vært i kontakt med avdelingssykepleierne Randi Saltnes og Ingrid Vasdal, og de stiller seg positive til å la sykepleierne ved sine avdelinger delta i studie.

Jeg søker herved om tilgang til ansatte ved gjeldende avdelinger: Kirurgen 01 i Kristiansund og Kirurgen A i Molde.

Håper på snarlig og positivt svar

Med vennlig hilsen

Bente Dale Malones

Vedlegg:

- Informasjonsbrev vedrørende deltagelse i spørreundersøkelsen
- Spørreskjema

Kopi: Randi Saltnes

Ingrid Vasdal