

Sykepleien

ESSAY

Nære relasjoner skaper ekte omsorg

God kommunikasjon er avgjørende i omsorgsarbeidet. Forholdet mellom pleiere og brukere påvirker både kvaliteten på tjenesten og trivselen.

[Cathrine Holm Økshoff](#)

Sykepleier

[Brukermedvirkning](#)

[Forebygging](#)

[Kommunikasjon](#)

[Arbeidsmiljø](#)

Sykepleien 2025;113(98220):e-98220

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.98220](#)

Hovedbudskap

God omsorg handler ikke bare om korrekte handlinger, men om en genuin relasjon og oppmerksomhet. Mangel på refleksjon og dialog kan føre til at pleieforholdet blir mekanisk. For å sikre pasientenes verdighet og funksjonsevne bør helsepersonellet få rom for veiledning, selvrefleksjon og åpen kommunikasjon på arbeidsplassen.

Ville andre observert det samme som meg? Om noen ukjente hadde kommet inn i rommet og stått ved siden av meg og observert – hva ville de sett? Ville de konkludert med det samme?

Jeg er på vei inn til felleskjøkkenet. På tross av at det er ti omsorgsleiligheter, er felleskjøkkenet lite med bare seks sitteplasser. Beboerne spiser sjelden her, siden de fleste er syke og ikke ønsker å spise i et fellesskap. Kollegaen min, la oss kalle henne Silje, er allerede kommet og sitter i den lille sofaen som står i hjørnet på kjøkkenet. Hun sitter fordypet med telefonen i den ene hånden og tekoppen i den andre. Hun gløtter opp og sier raskt hei, før hun konsentrerer seg om telefonen igjen.

Kjenningsmelodien til *God morgen Norge* surrer på tv i bakgrunnen. Jeg spør om hun har lest morgenrapporten.

«Nei», svarer hun.

«Det er aldri noe som skjer her likevel», tilføyer hun, som for å komme meg i forkjøpet på spørsmålet mitt om hvorfor.

Hun er her stort sett hver dag, så det mulig hun tenker hun har et poeng. Hun har flyttet blikket til tv-en.

Sykepleieren ønsker å observere pasienten

Det plinger inn et varsel fra sykesignalanlegget inn på telefonen.

«Jeg kan ta alarmen», sier jeg.

Jeg kjenner igjen leilighetsnummeret, og jeg vet han ringer for å gå på toalettet. Jeg har lyst til å observere gangfunksjonen hans. Den har blitt markant dårligere i det siste, og jeg har lest i journalen at han ofte ikke vil gå treningsrundene sine.

«Kan du ta ut av oppvaskmaskinen imens?» spør jeg, men venter ikke på svar.

Det er egentlig ikke et spørsmål, jeg vet at hun ikke gjør det på eget initiativ, og jeg synes det er på tide hun skal begynne å jobbe. Det er allerede gått en halvtime siden vi startet vekten, og hun ser ikke ut til å ha gjort noe som helst.

«Det er allerede gått en halvtime siden vi startet vekten, og hun ser ikke ut til å ha gjort noe som helst.»

Jeg banker på døren til beboeren og går inn i mørket.

«God morgen», sier jeg og slår på lyset på badet for å få litt lys inn i rommet.

«Hvordan har du sovet i natt?»

«Dårlig», svarer han. «Jeg har vært våken siden halv fem.»

Jeg hører nesten ikke hva han sier, for stemmen er svak og rusten etter natten, men jeg vet hva han sier, for han sover alltid dårlig og våkner alltid på samme klokkeslett.

Pasienten betror at pleieren ikke liker ham

Jeg tar fjernkontrollen som tilhører sengen, og trykker på knappen for å få sengen i sitteposisjon. Sengen går så sakte at jeg rekker å dra til meg prekestolen han må ha når han skal gå. Jeg tar på ham sokker og sko i sengen, slik han ønsker og er vant med å gjøre det.

«Hvem er det som er på jobb i dag», spør han.

«Det er meg og Silje», svarer jeg mens jeg fester reimene på sandalene hans.

Han sukker høyt. Jeg tenker et par sekunder for å bestemme meg for hvilken reaksjon jeg skal velge, og hva jeg har tid til. Skal jeg ignorere det, eller skal jeg gå inn i samtale på hvorfor han sukker. Jeg bestemmer meg for det siste:

«Hva er det som gjør at du sukker?» spør jeg.

«Hun liker meg ikke.»

«Jeg vet at du har ansvarsvakt, og da vet jeg at det er hun som må være hos meg i hele dag», svarer han. «Hun liker meg ikke», fortsetter han.

Jeg kjenner at jeg ikke kan avkrefte uttalelsen hans, selv om jeg har lyst til å si at det bare er tull.

«Hva er det som gjør at du føler det slik», spør jeg istedenfor.

Han aker seg forsiktig ut på sengekanten for å ta fatt i prekestolen. Han bruker noen minutter på svare. Jeg sier ingenting. Jeg vet det tar tid å få munnen til å uttrykke det hodet tenker, når man har sykdommen han har. Men nå er det ikke bare diagnosen som gir utslag. Han tenker. Til slutt sier han sakte:

«Jeg vet ikke, hun bare liker meg ikke.»

Sykdommen gjør pasienten ustø

Han prøver å riste på beina, som for å få dem til å våkne. Han bruker litt tid på å få tommelen til å samarbeide. Han trykker på knappen et par ganger før fingeren har samlet nok kraft til å starte elektronikken som får ham og prekestolen opp i stående stilling. Jeg går bak ham for å støtte og holde ham fast.

Han er ekstra ustø om morgenen. Sykdommen gjør at han nå henger på prekestolen og drar beina etter seg istedenfor å ta skritt. Jeg registrerer at gangfunksjonene er i ferd med å bli helt borte.

«Husk at du må trene og gå noen runder i gangen før lunsj», sier jeg.

«Nei», svarer han. «Jeg vil ikke gå med Silje.»

Svaret kommer overraskende raskt så tidlig på morgenen. Jeg svarer ikke, men tenker at det må nøstes opp i.

«Vi må snakke litt mer om dette», sier jeg mens jeg hjelper ham å sette seg på toalettet.

Han pleier å sitte der en stund.

«Kan ikke du prøve å komme på noen eksempler på hvorfor du tenker at Silje ikke liker deg, så må vi se om vi kan få løst opp i dette. Det er ikke noe greit at du føler det slik.»

Han nikker og ser i gulvet. Jeg går ut og ber ham ringe på når han er ferdig på toalettet.

Brukeren opplever manglende omsorg

Det tar en liten stund før han ringer på. Jeg håper han har klart å komme på noen eksempler på hvorfor han føler at hun ikke liker ham. Jeg hjelper ham av toalettet og sjekker med et raskt blikk at borrelåsen på skoene er festet. Han har ingen reflekser igjen til å kunne ta seg for ved et fall. Et lårhalsbrudd hos ham er nærmest ensbetydende med døden.

Mens han sleper seg sakte mot løfte- og hvilestolen, spør jeg om han har tenkt litt. Jeg spør mens vi går, for å gjøre det lettere for ham å prate om noe jeg ser han synes er vanskelig.

«Hun gidder ikke gre håret mitt», sier han. «Hun bare legger kammen på bordet og går.»

«Men det gjør jo jeg også», svarer jeg. «Det er jo veldig viktig at du får gjort de bevegelsene med å løfte armene dine, så ikke du stivner?»

«Jeg håper han har klart å komme på noen eksempler på hvorfor han føler at hun ikke liker ham.»

Jeg sier det litt som et spørsmål for å få et svar på om han er enig eller forstår. Han svarer ikke, men fortsetter å slepe seg mot stolen mens han kikker i gulvet. Jeg oppfordrer ham til å løfte mer på beina. Jeg vet det er slitsomt for ham.

«Hun gadd ikke feste reima på skoen min ordentlig», sier han.

«Hva mener du?» sier jeg og kjenner jeg er litt overrasket.

«Hun sa at det var så kort vei tilbake til stolen at det gikk greit.»

Jeg vet brukeren er nøye på at ting skal gjøres på hans måte, så det er muligens det han reagerer på.

«Da vurderte hun kanskje at det var trygt å gå det lille stykket til stolen da?» sier jeg.

Han svarer ikke.

Sykepleieren observerer relasjonen

Jeg kjenner at jeg er i grenseland til å forsvare Silje for mye, istedenfor å høre ham ut. Jeg hjelper ham til rette i stolen og får samtidig en ny alarm på sykesignalanlegget. Jeg avslutter samtalen og sier jeg kommer tilbake.

På veien møter jeg på Silje. Jeg informerer kort om at han har vært på toalettet, og spør om hun kan overta, slik at jeg får tatt alarmen og gitt medisiner. Hun svarer bekræftende og går mot leiligheten hans.

Mens jeg gjør meg ferdig med medisinutdelingen, kjenner jeg at jeg har pasientens uttalelser med meg i hodet. Det plager meg. Jeg bestemmer meg for å gå inn igjen til brukeren. Jeg vet at det skal skiftes sengetøy, og Silje holder antakelig på å hjelpe ham med morgenstellet. Jeg banker på, gjør meg tilkjenne og sier at jeg bare skal skifte sengetøyet.

«Jeg kjenner at jeg er i grenseland til å forsvare Silje for mye, istedenfor å høre ham ut.»

Døren til badet står åpen, og i øyekroken ser jeg Silje som holder på å hjelpe ham. Det er ingen hyggelig småprat om vær og vind der inne, kun lyden av raske bevegelser. Det er ikke hans bevegelser, men Silje som drar i klærne for å få dem i de rette foldene, raskt og effektivt som en erfaren pleier.

Jeg ser ekstra etter på skoene hans når de går forbi meg. Hun et halvt skritt foran ham på vei mot bordet der han skal ha mat, han slepende etter med prekestolen, ustø og utrygg, med blikket i bakken.

Hun setter seg ved siden av ham, ytterst på kanten av en dyp stol som ikke er beregnet å sitte på kanten av, slik at hun må sitte med rak rygg og foroverlent, og gir et inntrykk av at hun er på vei til å reise seg hvert sekund. Med automatiske, raske bevegelser gjør hun ham klar til mating. Smekken tas på, medisiner gjøres klar, mat og drikke gis.

Relasjonen påvirker gangfunksjonen

Plutselig ser jeg hva brukeren mener, og jeg kjenner det går kaldt nedover ryggen på meg. Det er så veldig tydelig at hun ikke liker personen hun sitter ved siden av. Personen som hun nå skal hjelpe og gi omsorg. Silje gjør alt helt korrekt, ingen kan ta henne på det, men likevel er det noe som ikke stemmer.

Jeg studerer henne i øyekroken. Bevegelsene hennes er så raske og brå, ansiktet uttrykksløst. Bildet jeg ser, er ikke et gyllent måltidsøyeblikk. Skjeen støter borti overleppen fordi han ikke klarer å åpne munnen raskt nok. Det etterlates en liten bart med grøt. Jeg ser brukeren sakte løfte hånden med en krøllete serviett for å tørke bort restene. Før han er ferdig, er det allerede en ny skje på vei som venter foran servietten han tørker munnen med.

Det er en utålmodighet som vises i skjeens standhaftighet. Skjeen holder stand i tiden det tar for den sykdomspregede hånden å tørke bort restene. Et kort sekund møter han blikket mitt. Det er et tomt, apatisk blikk. Han gaper, og skjeen blir på nytt raskt og effektivt putt inn i munnen hans.

Jeg blir overrasket over min egen følelse og konstatering. Her rett foran meg er grunnen til at gangfunksjonen har fallert så raskt. En relasjon som ikke fungerer, og som gir utslag som kanskje ingen av dem er klar over.

Om ikke beboeren hadde fortalt meg hva han følte og tenkte, er det ikke sikkert at jeg hadde oppfattet situasjonen på samme måte. Meløe (1) snakker om hvor vanskelig det kan være å oppfatte hele situasjonen i et bilde når man ikke er kjent med alle elementer, eller kjenner aktørens verden.

Nå som jeg hadde fått opplysninger av brukeren om en følelse han hadde, resulterte det i at jeg så annerledes på Siljes væremåte, hendelsene i rommet og satte det sammen på en annen måte, enn om jeg hadde vært til stede uten informasjonen.

Sykepleiere skal vise omsorg

Hendelsen hadde gjort inntrykk på meg. Jeg kjente det i hjertet når brukeren sa at pleieren ikke likte ham. Jeg kjente på det, både som medmenneske, men også som pleier, fordi jeg visste hvilke konsekvenser det i verste fall kunne ha. Det ville påvirke bevegelsesfriheten og funksjonsevnen hans. Jeg tenkte også på alle de økte risikoene for pasienten og belastningen på tjenesten vår om han ikke lenger klarte å stå.

Det er forventet at man viser omsorg som helsepersonell. Tidligere hadde man sågar omsorgsarbeider som en egen utdannelse. Det er fremdeles et fokus under utdanningen å utføre pasientoppgaver med omsorg. Det stadfestes også i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2), som sier man både skal utvise omsorg og barmhjertighet. Likevel kan man vel muligens si at det å vise omsorg som helsepersonell er en «påtvunget oppgave» som er forventet utøvd i handling overfor personer man ofte ikke kjenner og overhodet ikke skal ha en privat relasjon til.

«Er genuin omsorg noe man burde kunne forvente av helsepersonell?»

Er det menneskelig ikke å ha en naturlig omsorg og barmhjertighet for alle pasienter man samhandler med? Omsorgen skjer gjerne i relasjoner hvor man har en nær tilknytning, som foreldre eller søsken. Det er ikke ønskelig når man jobber i helsevesenet at denne relasjonen skal være like personlig med pasienten, men likevel skal omsorgen være genuin.

Er genuin omsorg noe man burde kunne forvente av helsepersonell? Kan man forvente at det er en del av tjenesten som skal ytes, og at dette er noe som gir den kvalitet? Men hva om man ikke klarer å frembringe denne omsorgen for en pasient, hva skal man gjøre da?

Observasjon sikrer kvaliteten

Det kan godt hende at Silje ikke var klar over at hun ga dette inntrykket overfor brukeren. I helsevesenet er det mye alenearbeid. Pleierne blir svært sjeldent observert eller korrigert, siden det stort sett bare er pasienten som er til stede. Wackerhausen (3) beskriver det som da kan oppstå, som skjeve erfaringsrom. Man er ofte ikke klar over at man etablerer en feil eller uriktig praksis, og man blir heller ikke korrigert om man gjør feil eller har uriktig praksis.

Pasienten har ingen fagkunnskap og vil derfor heller ikke kunne gjøre pleieren oppmerksom på for eksempel feil utførelse av en prosedyre.

Hva om det var flere pasienter som opplevde akkurat det samme? Som følte at pleieren ikke likte dem, og som derfor takket nei til helsehjelp de burde takke ja til, og som da risikerer et funksjonsfall og uheldige hendelser som for eksempel fall. Det ville med stor sannsynlighet etter hvert gå ut over pasientens livskvalitet.

Det ville også kunne bli en økt belastning på ansatte og økt bruk av knappe ressurser fordi pasientene ville trenge mer hjelp og assistanse. I verste fall ville det gå ut over ytterligere andre pasienter ved at de ville få mindre hjelp, fordi andre pasienter ble mer ressurskrevende.

Vaner kan skjule viktige endringer

Man kan kanskje også spørre om Silje var blitt så automatisert i handlingene sine at hun ikke var klar over at hun fremsto som kald og upersonlig? De samme arbeidsoppgavene utført på samme måte hver dag gjør kanskje at man ikke er oppmerksom og ikke registrer hva som skjer.

I boken *Innføring i praktisk kunnskap* refererer Fuglseth til Husserl som skiller mellom aktive og passive vaner og handlinger (4). Kanskje hadde arbeidsoppgavene blitt gjentatt så ofte at hun ikke tenkte noe mer over det. Arbeidsoppgavene var blitt det Husserl kaller ego-passive, altså at oppgavene var blitt automatiserte og gikk av seg selv (4). Observasjon av pasienten er en svært viktig oppgave som kanskje blir forsømt om man blir oppslukt av vanen.

«Hadde Silje blitt så automatisert i handlingene sine at hun ikke var klar over at hun fremsto som kald og upersonlig?»

Vaner eller uvaner kan bli en fallgrube som resulterer i at man som helsepersonell ikke utfører flere av de viktige oppgavene som skal ivaretas, slik som observasjon. Silje var hos brukeren nesten hver dag og hadde muligens oversett endringen i gangfunksjonen. Var det slik at hun var blitt blind for hvordan hun utførte oppgavene sine, og trengte noen til å gjøre henne oppmerksom på det?

Wackerhausen peker på at profesjonsidentiteten kan bli så sterk at man faktisk ikke ser eller er klar over vanen (3). Når de daglige arbeidsoppgavene blir en vane, kan det fort oppstå det som Methi kaller «blinde flekker» (4). De blinde flekkene vil gjøre at man tror man ser hele bildet, mens man i realiteten overser noe. Hvordan skal man vite at man overser noe om man ikke er klar over?

Selvinnsikt påvirker relasjonen

Hadde Silje selvinnsikt nok til å se at hennes væremåte påvirket pasienten? Det er ikke alltid det er så enkelt å få pasienter til å samarbeide og gjøre det som helsepersonellet tenker er det beste. Det er essensielt å ha en god relasjon. Det krever ofte litt erfaring med mennesker og kunnskap om interaksjoner og psykologi. Ikke minst må man ha en interesse for mennesker. Man får ikke til et samarbeid med en pasient om ikke pasienten ønsker det.

Manglende samarbeid og svikt i å skape relasjon har også samfunnsøkonomiske konsekvenser. Hvis pasientene ikke medvirker til det helsevesenet tenker er nødvendig for rekonvalesens eller for å opprettholde funksjoner, kan en konsekvens være det motsatte av hva som er ønsket; det kan føre til forfall og tap av funksjoner. Det vil igjen føre til økt forbruk av helsetjenester og redusert frihet for pasienten.

«Det er essensielt å ha en god relasjon.»

Alt starter med en god relasjon til pasienten og forståelse av viktigheten av å opprettholde pasientens funksjoner.

Er det mulig å gjøre noe for å unngå liknende situasjoner? Situasjonene er vanskelige å ta opp, fordi de handler om ting som er vanskelig å sette ord på, og det er utfordrende å si ifra hvis handlinger bør korrigeres. Hvordan skal man klare å sette ord på noe man bare fornemmer, eller si ifra om noe man ser, bør korrigeres?

Det er også vanskelig å vite hvem man skal ta det opp med. Bør man ta det direkte med den det gjelder, eller skal man ta det med leder? Hvordan bør man formidle det man reagerer på, uten at det oppfattes som kritikk eller beskyldninger? Dette er problemstillinger jeg antar vil være aktuelle i mange situasjoner og på flere arbeidsplasser.

Avdelingen etablerer en arena for læring og dialog

En løsning kan kanskje være å etablere en nøytral arena med åpen dialog. Det kan være å ha en nøytral fasilitator, som for eksempel kan styre samtalene. Avdelingen kan selv sette dagsorden ved å bli enige om mandat, rammer og tydelige regler for kommunikasjon og respekt. Det kan sendes inn problemstillinger anonymt til den som leder møtene (som kan moderere eller anonymisere), og problemstillingene kan reflekteres over i personalgruppen.

Med veiledning kunne man i beste fall skape en arena for læring og kvalitetsutvikling på egen arbeidsplass. Da vil man kunne bli gjort oppmerksom på uvaner eller forbedringsområder i egen praksis som man kanskje ikke var klar over.

I hendelsen jeg skriver om, kunne en slik arena muligens ha gjort det enklere å ha en dialog med den andre pleieren, Silje. Slik praksis er i dag, blir feil eller korrigeringer i yrkesutøvelsen svært sjelden tatt opp, muligens fordi det ikke finnes en passende arena for det. Det kunne også være en god arena for å ta opp spørsmål ved egen arbeidsutførelse som man synes er vanskelig. Hvordan skal man for eksempel håndtere om det er en pasient man ikke klarer å komme overens med, eller ikke klarer å vise den omsorgen som er forventet? Jeg tror en slik arena hadde spart meg for mye grubling.

Dialog skaper muligheter for utvikling

Bruk av refleksjon er vanlig under utdannelsen innen helse, men det kan virke som om det forsvinner når man kommer i yrkeslivet. Man setter dessverre sjelden av tid til kritisk refleksjon over *egen* praksis. Helsevesenet har i lang tid øvd seg på å bruke refleksjon aktivt i pasientsituasjoner, men min erfaring er at det i liten grad gjøres med fokus rettet mot pleieren og yrkespraksis.

Andre yrkesgrupper kunne også hatt nytte av å bruke kritisk refleksjon over ulike situasjoner i hverdagen. Ved å bruke det aktivt og systematisk vil arbeidsplassen kunne bli en arena for kunnskapsutvikling (5). En slik arena vil være positivt for den personlige utviklingen.

«Hvordan bør man formidle det man reagerer på, uten at det oppfattes som kritikk eller beskyldninger?»

Jeg vil tro de fleste av oss utvikler både vaner og uvaner gjennom et yrkesliv. Skal man kunne forbedre noe, må man bli gjort oppmerksom på hva som kan forbedres.

Ville andre observert det samme som meg? Om noen ukjente hadde kommet inn i rommet og stått ved siden av meg og observert, hva ville konklusjonen ha vært? Kanskje en helt ordinær matsituasjon? Ingen ekstraordinær måltidsseanse, men en helt vanlig matsituasjon med en pleietrengende pasient?

Eller ville et trent øye observert og ment at det var noe mekanisk over det hele og at noe manglet? Ville denne personen ment det samme om vedkommende hadde fått all informasjon jeg hadde?

Standardene senkes for å spare penger

Konklusjonen kan være å definere en standard på hva man kan forvente når man mottar tjenester. Omsorgsbegrepet ser ut til å forsvinne mer og mer i det praktiske. Pasienter får strengt tildelt nødvendige helsetjenester av tildelingskontorene, de får ikke lenger omsorgstjenester. Det heter ikke lenger helse- og omsorgstjenester, men helse- og alle andre begreper som indikerer egenmestring.

Med den retningen vi er på vei i dag, vil standarden som har vært gitt og forventet tidligere, bli nødt til å endre seg. Det er et stadig krav om økt effektivitet og økonomiske innsparinger, også fordi vi mangler personell. Det nye mantraet er at man ikke skal levere svært gode tjenester, men det skal leveres det som er godt nok. Standarden skal rett og slett senkes for å spare penger og effektivisere.

Vil vi i fremtiden klare å opparbeide de gode relasjonene og tilliten fra pasienten med stadig mindre tid og ressurser?

For min pasient fikk den manglende relasjonen store konsekvenser. Han fikk flere hjelpemidler, mindre bevegelsesfrihet, kontrakturer, mer smerter og sittesår. Vil vi klare å opprette gode relasjoner og tillit parallelt med innsparingene? Hvordan vil det påvirke helsen til pasienten?

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



GOD OMSORG: Trygghet, tillit og god kommunikasjon skaper bedre pleie og trivsel for både de ansatte og pasientene. *Illustrasjonsfoto: Mostphotos/Sykepleien*

1. Meløe J. Aktøren og hans verden. Norsk filosofisk tidsskrift. 1973;8(4):42–53.
2. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]. Oslo; NSF; 21. februar 2025 [oppdatert mai 2023; hentet 20. februar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
3. Wackerhausen S. Erfaringsrom, handlingsbåren kunnskap og refleksjon. I: James M, red. Praktisk kunnskap som profesjonsforskning: antologi over yrkeserfaringen som utgangspunkt for forståelse av kunnskapsutvikling i praksis. Oslo: Fagbokforlaget; 2015. s. 81–100.
4. Halås CT, Fuglseth K. Invitasjon til praktisk kunnskap. I: Fuglseth KS, Halås CT, Kåre F, red. Innføring i praktisk kunnskap: anerkjennende, kritisk og konstruktiv praksisforskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2021. s. 99–106, 117–129.
5. Olsen RH. Mellom tro og tvil: praktisk kunnskap i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal; 2019.