

BACHELOROPPGAVE

Hvorfor er relasjonskompetanse hos vernepleieren viktig i hjelpende relasjoner?

av

Kandidatnr. 301
Marian Julianne Flage

Vernepleie
VPL5-302
Mars og 2010

Innhold

1.0 VEIEN TIL OPPGAVEN	2
1.1 PROBLEMSTILLING	3
2.0 VALG AV TEORI	3
2.0 AVGRENSING AV TEORI FOR Å STUDERE PROBLEMSTILLINGEN.....	5
3.0 TEORI	6
3.1 RELASJONSKOMPETANSE HOS VERNEPLEIEREN.....	6
3.2 DET INTERSUBJEKTIVE MØTET	7
3.3 DIALEKTISK FORSTÅELSE AV MØTET MELLOM VERNEPLEIEREN OG DEN ANDRE	9
3.3.1 <i>Hvordan kan vernepleieren forstå den andre?</i>	10
4.0 ANALYSE.....	10
4.1 HVORDAN KAN VERNEPLEIEREN BRUKE SIN RELASJONSKOMPETANSE FOR Å FORSTÅ DEN HJELPETRENGENDE?	11
4.1.1 <i>Hvordan kan vernepleieren selv være et hinder for relasjonskompetanse?</i>	13
4.2 HVORFOR MÅ VERNEPLEIEREN FORSTÅ SEG SELV I UTØVING AV RELASJONSKOMPETANSE?	14
4.3 HVA SKAL TIL FOR AT VERNEPLEIEREN BLIR BEVISST PÅ HVORDAN HUN SELV VIRKER INN I SAMHANDLINGSSITUASJONER?	17
5.0 AVSLUTNING	20
LITTERATURLISTE.....	23

1.0 Veien til oppgaven

Forholdet mellom profesjonsutøvere og klienter / pasienter er i endring med tanke på å ansvarliggjøre begge partene i et samarbeid. Fokus på hvor viktig relasjonen mellom den profesjonelle og mottakeren av en tjeneste (pasient / klient eller pårørende) har derfor vokst frem i de siste tiårene. Historisk sett var forholdet preget av en suveren ekspert og en passiv pasient, og det eksisterte en sterk tillit blant folk flest at profesjonene i velferdsstaten kunne løse folks helse- og sosialproblem (Høgskulen i Volda, 2009). Høyere allment kunnskapsnivå og generelt økt opplysning har ført til at ekspertenes autoritet er blitt svekket og at flere må delta i avgjørelser for å finne gode løsninger. Det er konkret uttrykt i helselovgivingen at de nye helseforetakene har fått en ny oppgave. Pasienter har rett til å påvirke sin egen behandlingsprosess på bestemte vilkår, og har i følge lovverket rett på individuell plan. Sosialsektoren har derfor beveget seg mot et større fokus på relasjonskompetanse og myndiggjøring, noe som *”innebærer større vekt på å skape relasjoner som sikrer pasienter sine vilkår for å engasjere seg med utgangspunkt i egne interesser”* (Rammeplan og forskrift for vernepleierutdanning, 2005).

I følge seksjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen (FO) skal vernepleierens oppmerksomhet være rettet både mot rammefaktorer i miljøet og på individuelle forutsetninger. For å danne et godt grunnlag for endringsarbeid, kreves det derfor høy kvalitet i samhandlingen mellom vernepleieren og den hjelpetrequende. FO påpeker i den sammenhengen at personlige ferdigheter hos vernepleieren må utvikles for å oppnå kontakt og tillit. Gode relasjonelle ferdigheter er, som tidligere nevnt, dessuten av stor betydning både for samarbeid med tjenestemottakere, pårørende og andre yrkesgrupper. Dette er også grunnlaget for oppgaven jeg skal presentere. I våre utallige møter med den andre, ligger personlig kompetanse som et viktig moment for vernepleierens samlede profesjonelle kompetanse. I motsetning til teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter, handler personlig kompetanse om den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Derfor handler den også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan, mener Skau (2005). FO sier at det overordnede målet for

vernepleiere er å bidra til at de som mottar tjenester oppnår god livskvalitet. Viktige faktorer her er at den andre selv har styring over egen hverdag og bestemmer over viktige valg i livet. Utfordringen blir da å legge til rette for deltagelse og selvbestemmelse. Hvordan den enkelte yrkesutøver greier å oppnå kontakt med den andre, har også ført meg til problemstillingen i oppgaven. Min for-forståelse er forøvrig sterkt farget av egen erfaring med helsevesenet. Min tidligere samboer fikk hjerneslag og bodde på sykehus og rehabiliteringssentre i flere måneder, der jeg fulgte ham tett opp. Han kunne ikke svelge, manglet språk, og satt i rullestol i ett år mens han trente seg tilbake til livet igjen. Jeg utviklet i denne perioden en sterk fasinasjon over hvordan den enkelte yrkesutøver eventuelt evnet å opprette kontakt med en mann som hadde mistet alle sine holdepunkter i livet. Betydningen av å bli møtt på en anerkjennende måte i sårbare situasjoner førte meg derfor til begrepet relasjonskompetanse i denne oppgaven. Selv om vi bærer en tittel som insinuerer at vi skal være suverene på vårt felt, rommer en hver vernepleier sårbarhet og begrensninger vi skal være ydmyke til. Vi har alle vår egen grunnleggende forutsetning vi arbeider ut fra, både i forhold til personlig ståsted og teoretisk grunnlag. Integrering av dette, sammen med vernepleierens bakenforliggende menneskesyn, er det Schibbye (2002) kaller for holdning. Problemstillingen oppgaven bygger på blir derfor:

1.1 Problemstilling

”Hvorfor er relasjonskompetanse hos vernepleieren viktig i hjelpende relasjoner?”

2.0 Valg av teori

Jeg har brukt en kvalitativ metode med en deduktiv tilnærming for å besvare problemstillingen. Det går ut på å skape noen forventninger om hvordan virkeligheten du vil studere ser ut, for så å samle inn empiri for å se om forventningene stemmer overens med virkeligheten. Kritikken mot en slik tilnærming til datainnsamling, mener Jacobsen (2005), er at jeg som forsker nødvendigvis bare vil lete etter den informasjonen jeg selv synes er relevant. Viktig informasjon kan derfor bli oversett, noe som kan være en svakhet ved oppgaven. Jeg skal nå kort presentere de hovedforfatterne jeg bygger oppgaven rundt.

Odd Harald Røkenes og Per-Halvard Hanssen er begge psykologer og spesialist i klinisk psykologi. De har utarbeidet boken “Bære eller briste - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker” (2002). Siden de mener at kommunikasjon er et flerfaglig område, har de integrert teorier og perspektiver fra flere fagområder og tradisjoner, noe som gjør boken til en sekundær kilde. Forfatterne mener at god kommunikasjon dreier seg om å leve seg inn i den andres verden og å skape et opplevelsesfellesskap i møte med den andre. For å våge å være i situasjoner som oppleves som vanskelige må vernepleieren derfor reflekterer over sin egen forståelse og handlinger. Dette står helt sentralt i oppgaven.

Videre har jeg brukt “Utvikling av relasjonskompetanse”(Aubert og Bakke, 2008). Sammen med Inger Marie Bakke er den skrevet av Anne-Marie Aubert, som har lang erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og veileder. Hun har hovedfag i helsefag og har erfaring som studieleder. Bakke arbeider nå som lektor på bachelor- og masternivå med tema knyttet til kommunikasjon, samhandling og relasjonsarbeid ved Høgskolen i Lillehammer. De har brukt empirisk materiale som er samlet inn over en treårs periode, og med integrering av annen teori sees denne boken både på som en primær- og sekundærkilde. Sammen med relasjonskompetanse har de fokus på at yrkesutøverens følelser og erfaringer kan bidra til økt innsikt i egne forutsetninger for samhandling, samtidig som evnen til å ta den andres perspektiv da utvides. Dette temaet er gjennomgående i analysedelen.

For å belyse problemstillingen ennå dypere, har psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye vært uunnværlig. Begge de ovenstående bøkene refererer til henne i sin litteratur. Hun er psykolog med doktorgrad fra USA og har kombinert forskning og undervisning med klinisk praksis. Hennes tenkning blir generert innenfor og utenfor egne faggrenser, og er dermed en primær kilde. Gjennom bøkene “En dialektisk relasjonsforståelse” (Schibbye, 2002) og ”Relasjoner – et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi” (Schibbye, 2009) har jeg hentet artikulert teoretisk forståelse av relasjon som er basert på dialektikk og eksistensialisme. Schibbye har i sin litteratur fokus på psykodynamisk teori, men jeg har valgt å vinkle dette i retning av vernepleieren. Hun formidler en viten om nødvendigheten av å ha teorier i praksis, samt splittelsen den skaper i forhold til utøvende relasjonell praksis, noe som berøres i oppgaven.

Greta Marie Skau har med sin bok "Gode fagfolk vokser" (Skau, 2005) fått meg til å reflektere over betydningen av personlig kompetanse. Hun er utdannet sosiolog og har lang erfaring som forsker og lærer ved universitet og høyskoler i Østerrike og Norge. I tillegg har hun flere års erfaring fra barne- og ungdomspsykiatrien. Siden hun fremsetter egne tanker og ideer ansees hun som en primærkilde. Boken handler om yrkesutøverens evne til å møte andre mennesker, og at den personlige kompetansen utfordrer egne verdier, holdninger, tenkesett og væremåter. Refleksjoner rundt dette vil derfor bli belyst.

2.0 Avgrensning av teori for å studere problemstillingen

Oppgaven er en litteraturstudie, og bygger på litteratur som er samlet inn eller nedtegnet av andre, slik som offentlige publikasjoner og faglitteratur. Samspillet av min utvalgte teori blir dermed datamaterialet som skal belyse problemstillingen, og her er det brukt data av både primær og sekundær karakter. Primærdata er data som er samlet inn av forskeren (forfatterne) selv, med formål om å belyse spesielle problemstillinger. Ved sekundære data baserer forskeren seg på opplysninger som er samlet inn av andre, sier Jacobsen (2005). Ved å bruke sekundærdata skal en være klar over at informasjonen som er samlet her er brukt til et annet formål enn den problemstillingen forskeren selv ønsker å belyse. Jeg kan derfor ha misforstått den opprinnelige betydningen i slik litteratur.

Grønmo (2004) mener at *validiteten* på oppgaven er høy dersom datainnsamlingen resulterer i data som er relevant for problemstillingen, og om mitt datamateriale dekker store nok områder for det problemstillingen ønsker å belyse. Jeg mener at fremstillingen som blir gitt gjennom oppgaven kan oppfylle dette kravet fordi litteraturen dekker områder av både teoretisk og filosofisk karakter, noe jeg føler er nødvendig for en tilfredsstillende besvarelse av problemstillingen. Graden av *reliabilitet* er derimot et uttrykk for hvor stort samsvar det er mellom datasettene fra gjentatte datainnsamlinger (Grønmo, 2004). Dersom det hadde vært stor variasjon i forståelsen av begrepene jeg belyser mellom de ulike kildene jeg har valgt, kunne det vist til at reliabiliteten er lav. Forfatterne omtaler derimot problemstillingen i en retning som viser samsvar mellom datasettene, da de også henviser til hverandre i sin litteratur. Dette gir datamaterialet jeg har valgt en god pålitelighet (reliabilitet). Jeg må

samtidig være ydmyk og innrømme at tidsbruk og krav til oppgavens begrensede omfang har gjort at jeg har måttet konsentrere meg om få, utvalgte forfattere som samsvarer med det jeg ønsker å belyse i problemstillingen. Det kan være forfattere av betydning som har blitt utelatt på grunn av dette, og det kan ha gjort mitt studie begrensede i den forstand. For å virkeliggjøre deler av teorien, har jeg valgt ut to eksempler å beskrive den ut i fra. Det ene er hentet fra en artikkel i Dagbladet (Tangnes, 2010), det andre fra egen erfaring i praksisfeltet. Disse blir tydelig presentert i kapittel 4.0 analyse.

3.0 Teori

3.1 Relasjonskompetanse hos vernepleieren

I denne oppgaven har jeg avgrenset begrepet relasjonskompetanse til å gjelde det personlige møtet mellom vernepleieren og mennesker som trenger hjelpen vernepleieren i kraft av sin kunnskap bidrar med. Det blir brukt i sammenhenger som hører hjemme i en yrkesmessig kontekst, noe som innebærer at samhandlingen blir brukt for å nå målene som er satt for virksomhetsområdet. Profesjonell relasjonskompetanse gjennomsyrrer alle handlingselementene i yrkesutøvelsen, og er ikke en separat kvalifikasjon. Røkenes og Hanssen (2002) sier at sammen med kunnskaper og ferdigheter som trengs for å utøve yrket, utgjøres den av integrerte deler av den totale yrkeskompetansen. Vernepleierens relasjonskompetanse vises i måten hun legger til rette for at brukerne blir sett og forstått, og hvordan hun samhandler med de og systemet rundt for å sikre vilkår som gjør at de får utbytte av ulike tiltak. I denne sammenhengen sier Aubert og Bakke (2008) at relasjonskompetanse innebærer at vernepleieren samhandler på bakgrunn av sin faglige kunnskap og menneskelige innsikt for å utløse og forsterke ressurser hos den enkelte. Dette kan være avgjørende for brukerens personlige utvikling. Kompetanse i relasjonen er også knyttet til måten fagpersonen kommer inn i et rom på, måten hun stiller spørsmål på, at hun viser at hun legger merke til hvordan den andre reagerer når hun foretar seg noe, og at hun er til stede i “nuet”. Tidspress, hensyn til kollegaer og andre ting kan gjøre arbeidet vanskelig, men forfatterne legger vekt på at det å holde fokus og være til stede “her og nå” er en måte å ivareta både seg selv og den andre på. Røkenes og Hansen (2002) komplimenterer dette ved å si at relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. En dyktig fagperson balanserer altså instrumentelle ferdigheter og kunnskap opp mot utvikling av relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og etisk

refleksjon (Hutchinson, 2007). Vernepleieren skal kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. Røkenes og Hansen (2002) mener en viktig del av relasjonskompetanse handler om å kjenne seg selv, å forstå den hjelpetrengendes opplevelse og å forstå hva som skjer i samspillet. Relasjonskompetanse blir for meg viktig å rette søkelyset mot på grunn av betydningen den har i hjelpende relasjoner. Erkjennelsen av at den profesjonelles egne forutsetninger for å samhandle kan forfines og videreutvikles er det vi skal se på nå.

3.2 Det intersubjektive møtet

”Mennesket lengter etter kontakt - men framfor alt lengter det etter genuin dialog. Dialog hører til kjernen i det å være menneske... Hver og en av oss lengter hemmelig og desperat etter å bli ”møtt” - å bli møtt i vår unikhhet, helhet og sårbarhet. Vi lengter etter å bli genuint verdsatt av andre som den vi er, til og med at vi er... Paradokset er at jeg ikke er fullt meg selv før jeg blir anerkjent i min unikhhet av andre... Vår verdsetting av andre bringer verdi til oss selv. Vi er en del av en rekke gjensidige relasjoner.”

(Hycner og Jacobs 1995:ix, Røkenes og Hanssen 2002 oversettelse)

Før det fagpersonen sier og gjør får ordentlig betydning for den andre, må det først bygges opp kontakt, tillit og tilknytning - eller en relasjon. For å få til dette, skal jeg nå se på det Røkenes og Hanssen (2002) kaller det intersubjektive møtet. De forstår intersubjektivitet som å dele eller gjøre psykologiske tilstander eller opplevelser felles. Med andre ord kan vi si at et møte mellom vernepleier og den hjelpetrengende handler om opplevelser som blir meddelt og gjort felles innenfor rammen av relasjonen. Når man betrakter og skal forstå delte opplevelser, er det vanligvis bare en begrenset del av den andres totale opplevelsesfelt og erfaringsbakgrunn som blir delt i denne type samtaler. I forrige kapittel så vi at vernepleieren skal kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer, er til det beste for den hun møter. Møtet preges av at de respektive tar med seg sin spesielle personlighet, bakgrunn og historie inn i samhandlingen. For å kunne betrakte og forstå større deler av feltet av delte opplevelser i en utdypende samtale og dialog, krever det at vernepleieren anstrenger seg for at den andre skal meddele sine private livserfaringer. Den gode dialogen kjennetegnes av at partene som deltar både uttrykker seg og deltar eller er til stede i hverandres psykologiske tilstander. Ved at den hjelpetrengende gjør sin indre tilstand

tilgjengelig blir den på et vis vernepleierens egen opplevelse. Slike opplevelser gir også impulser til reaksjoner, for eksempel i form av å imøtekomme behov eller å uttrykke forståelse. Idet vernepleieren uttrykker seg tilbake, synliggjør hun seg også for den andre som person og som en som har konkrete holdninger til det hun reagerer på. Intersubjektive dialoger blir på den måte prosesser, i form av hvordan den andre blir akseptert, forstått, støttet og oppmuntret eller møtt med andre kvaliteter. Psykologiske tilstander blir dermed ikke bare meddelt og delt, men til dels skapt i løpet av dialogen. Måten vernepleieren forstår og reagerer på det som blir uttrykt, kan endre opplevelsen hos den andre gjennom dialogen, for eksempel fra noe behagelig til noe ubehagelig. Det er derimot viktig å erkjenne at intersubjektivitet ikke innebærer å komme i samme psykologiske tilstand som den andre. *“Personene deler hverandres opplevelser fra hver sin separate posisjon, fra hver sin psykologiske verden”* (Røkenes og Hanssen 48:2002). Opplevelsene blir med andre ord ikke identiske, og vernepleieren må være seg bevisst egen selvavgrensning.

For å forstå den hjelpetrengende må vernepleieren leve seg inn i hvordan den andre opplever verden, og avdekke hvilke motiver eller hensikter hun eller han handler ut fra. En atferd som tilsynelatende er meningsløs, kan gi mening dersom vernepleieren forsøker å forstå sammenhengen den forekommer i. Ved å balansere mellom forklaring og forståelse av den andres atferd, blir vernepleieren i dette arbeidet en del av det Habermas (Habermas, 1968 i Røkenes og Hanssen, 2002) kaller en hermeneutisk sirkel. Det defineres som utlegging av forståelse, med-delning av det forståtte gjennom tale. Siden vi ikke opplever verden på samme måte, blir det viktig å se hvilke meningskontekster den andres atferd eller utsagn hører til i. Her er det aktuelt å trekke inn for-forståelse, og viktigheten av å ha en reflektert holdning til dette. Den som forstår den andre, forstår alltid ut fra noe. Vernepleierens egne erfaringer, følelser og tanker bringer en for-forståelse inn i møtet med andre mennesker. I god kommunikasjon med andre får vernepleieren del i den andres for-forståelse, og dermed endring av egen forståelse. Det er dette Habermas (1968) mener kjennetegner den hermeneutiske sirkelen: det vi forstår, virker tilbake på det vi forstår ut fra, samtidig som vi i utgangspunktet må ha noe å forstå ut fra. Han mener derfor at vi aldri ser en annen person slik han virkelig er, men slik du erfarer at han er, på bakgrunn av din egen for-forståelse.

Jeg har nå vært inne på at en relasjon avhenger av kontakt, tillit og tilknytning. Det intersubjektive møtet mellom vernepleieren og den hjelpetrequende dreier seg om å dele psykologiske tilstander og opplevelser, og gjøre disse felles gjennom samhandling. Hvordan den andre blir møtt, akseptert, forstått, støttet og oppmuntret, gjør at intersubjektivitet ikke bare handler om hvordan den psykologiske tilstanden/opplevelsen blir meddelt/delt, men at det også er en prosess som skapes i løpet av dialogen. I det følgende vil jeg ekspandere forståelsen av intersubjektivitet ved å feste ytterligere teori til begrepet. Dialektikken skal belyse hvordan vernepleierens reaksjoner kan være med på å endre den hjelpetrequendes opplevelse av seg selv i møtet.

3.3 Dialektisk forståelse av møtet mellom vernepleieren og den andre

Intersubjektivitet står også sentralt i dialektisk relasjonsforståelse. De antar at selvutvikling helt fra barndommen av fremmes ved affekter og opplevelser som deles med den voksne. Barnet sosialiseres derfor ikke bare utenfra og inn, men i samspill. Dette gjelder også for det intersubjektive møtet mellom vernepleieren og den hjelpetrequende. Der møtes to subjekter som har felles opplevelser, men samtidig er forskjellige. Vernepleieren kan ikke endre den andres grunnbetingelse, for eksempel en uhelbredelig sykdom, men vår forståelse basert på dette fellesskapet, kan bidra til at vi kan dele den andres følelser og på denne måten gjøre sykdommen lettere å bære. Schibbye (2009) mener at dialektikken er forenlig med eksistensialismen fordi begge oppfatter mennesket som noe uforutsigbart og ikke-ferdig, at angst kan frigjøre, at selvrefleksivitet er en spesifikt menneskelig egenskap, og at individet ikke kan forstås uavhengig av sin sammenheng. Ved at vernepleieren bruker sitt metateoretiske syn, i dette tilfellet våre felles eksistensielle vilkår, kan hun dele den andres opplevelse. I følge Schibbye (2002) er det holdningen som gjør det mulig å være empatisk og dele intersubjektivt, og som gjør at vernepleieren på grunnlag av fellesskapet kan delta i den andres indre opplevelse. For å gjøre dette genuint må hun være autentisk og kongruent, noe som forutsetter en direkte tilgang til egne egentlige opplevelser hos vernepleieren. Satir (1991) forstår ordet kongruens som følelsesmessig ærlighet. Hun mener at det å gjøre forandringer først og fremst er et spørsmål om å være ærlig med følelser. *“Å være*

følelsmessig ærlig er kjernen i å skape kontakt” (Satir 1991:23). Når en vernepleier har samsvar mellom de signalene hun sender ut, det hun sier og det som foregår av tanker og følelser inni henne, er hun i følge Satir kongruent. Siden vernepleierens deltakelse i samtale altså innebærer at hun både er hos seg selv og hos den andre, forutsetter dette at vi har et reflektert forhold til våre egne opplevelser, mener Schibbye (2002). Teoridelen avrundes nå med en kort introduksjon til at vernepleieren selv bidrar til den virkeligheten hun er en del av i intersubjektive møter med den hjelpetrequende.

3.3.1 Hvordan kan vernepleieren forstå den andre?

Dialektikken mener at individet fungerer som både subjekt og objekt i en gjensidig prosess, der det er en sammenheng (dialektikk) mellom subjektsiden og objektsiden av individet. Individet er, ifølge Schibbye (2002), et opplevende subjekt, men kan se seg selv som objekt og den andre som subjekt og objekt. Samtidig som jeg kan erfare meg selv som senter for egen opplevelse kan jeg også stå “utenfor” meg selv og betrakte meg selv som et objekt. Vi kan ikke bare studere mennesket som separate “objekter”, fordi den enkeltes væremåte ikke bare påvirker den andre, men blir også umiddelbart selv påvirket av den andres respons. Vernepleieren bidrar da selv til den virkeligheten hun studerer, noe som betyr at vi alltid observerer den andre i et gjensidig samspill med oss, noe vernepleieren stadig må legge seg på hjertet. Mennesket utvikles ikke på en lineær måte, så for å forstå individet må det forstås gjennom sammenhenger og relasjoner. Årsakssammenhenger er derfor sirkulære, altså gjensidige.

4.0 Analyse

Dagbladet (Tangnes, 2010) hadde en artikkel om en avdelingssykepleier som fikk advarsel fra Statens helsepersonellnemnd for mangel på forsvarlig og omsorgsfull hjelp. En eldre kvinne var innlagt på et sykehjem i Nord-Norge, og datteren hadde i lang tid hatt mistanke om at moren ikke fikk forsvarlig tilsyn og behandling. Datteren plasserte derfor en MP3-spiller på morens rom, og gjorde opptak i rundt seks timer. Moren døde under opptaket, der det framgikk at sykepleieren hadde gitt henne mat selv om hun hostet og hadde betydelige respirasjonsplager. Sykepleieren forlot pasienten med disse plagene uten at hun fikk hjelp.

Lydopptaket står helt sentralt i saken mot avdelingssykepleieren, som anket til Helsepersonellnemnda. I sitt vedtak, skriver Helsepersonellnemnda at sykepleieren ikke har innsett sakens alvor. Det vises til at hun i sine brev i liten grad viser innsikt i hvorfor hennes handlemåte eller unnlattelse var i strid med kravet til faglig forsvarlig og / eller omsorgsfull hjelp. Etter nemndas syn mangler klageren (avdelingssykepleieren, red.anm.) etisk refleksjon, og viser at hun ikke evner å se situasjonen fra de pårørendes side. Dagbladet refererer til at sykepleieren skal ha snakket til pasienten i en hensynsløs og uakseptabel tone. Hun skal også bevisst ha unngått å gi de pårørende riktige opplysninger om det hun trodde var dødstidspunktet, for å beskytte seg selv mot kritikk fra de pårørende.

4.1 Hvordan kan vernepleieren bruke sin relasjonskompetanse for å forstå den hjelpetrequende?

La oss starte dette kapittelet ved å vise hvordan ovenstående eksempel passer inn i teorien om relasjonskompetanse. Selv om artikkelen i Dagbladet refererer til en sykepleier, kan også vernepleiere komme opp i slike situasjoner. Begrepene yrkesutøver og vernepleier vil derfor bli brukt om hverandre her. Gjennom teoridelen har vi fått innblikk i at det stilles høye krav til kvaliteten i samhandlingen mellom vernepleieren og personen som en arbeider med (FO, 2008). Vi har sett at profesjonell relasjonskompetanse gjennomsyrrer alle handlingselementene i yrkesutøvelsen, og ikke er en separat kvalifikasjon. En dyktig fagperson balanserer derfor instrumentelle ferdigheter og kunnskap opp mot utvikling av relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og etisk refleksjon. Gode relasjonelle ferdigheter er av stor betydning både for samarbeid med tjenestemottakere, pårørende og andre yrkesgrupper. Den personlige kompetansen yrkesutøveren innehar handler om den vi er som person, både for oss selv og i samspillet med andre. Derfor handler den også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss. Av den grunn skal vi starte med å se på hvordan vernepleieren kan forstå den hjelpetrequende, før vi i neste kapittel får et innblikk i hvordan hun kan forstå seg selv.

Schibbye (2002) har i sin litteratur fokus på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi og forholdet mellom klient og terapeut. Jeg mener ikke at vernepleieren skal innta et slikt fokus, men at vi kan dra nytte av viktige synspunkt i arbeid med egen relasjonskompetanse. Vernepleiere skal være brukerorientert, noe som vil si å ivareta brukers opplevelse av situasjonen og brukers egne valg. Når yrkesutøveren møter den hjelpetrequende som et

objekt, som eksempelet overfor viser, henvender hun seg ikke til den andres indre opplevelser, men til ytre trekk og egenskaper. Pasienten ble til et objekt som i betydningen gjenstand, noe som konkret kan studeres. Artikkelen viser også til at sykepleieren ikke evnet å se situasjonen fra de pårørendes side og at hun skal ha snakket til pasienten i en hensynsløs og uakseptabel tone, noe som kan tyde på objekttanken. Schibbye (2002) mener at mennesker som blir møtt som objekt ikke har rom for egen selvrefleksivitet, og derfor kan styres av andre. Objekttanken leder terapeutens oppmerksomhet i retning av belønning, straff, gode råd, resultater og konklusjoner. Objektet, som her var både pasient og pårørende, blir *behandlet* ved å diagnostiseres, klassifiseres og eventuelt predikeres. Når man objektiviserer, mener Schibbye (2002) at individet blir fratatt egen selvopplevelse. Pasienter som stadig ber om signaler fra andre uten å ta de fra eget selv, kan dessuten gå i gjentakelse for å bli ytre-styrt. Avdelingssykepleieren kan ha vært mer opptatt av hva hun mente var riktig eller galt i situasjoner, uten å ha fokus på pasienten og pårørende selv. Den følelsen av overgrep som oppstår idet andre definerer deg og frarøver deg din egen opplevelse av verden, advarer Schibbye (2002) mot. Motsetningen til dette ville vært om denne sykepleieren hadde tatt ansvaret for å tydeliggjøre egne inntrykk og ikke gjøre de til en sannhet. For eksempel ved å si: "Jeg får inntrykk av at du har problemer med å puste i dag...eller...?", "Jeg opplever at dere er kritiske til vår behandling av din mor, er dette noe du føler på...?" Her åpnes det opp for at brukeren og pårørende selv kan kjenne etter og eventuelt gjøre noe med sin situasjon. Forutsetningene for å skape og selv bli skapt i det nære samspillet med andre fordrer intersubjektivitet, mener Aubert og Bakke (2008). Å utelate den subjektive opplevelsen hos pasienten innebærer i følge Schibbye (2002), en fratakelse av individets evne og rett til å ha et syn på seg selv. Alle mennesker har sine fortolkninger av verden gjennom indre opplevelse av følelser, tanker og meninger. En indre opplevelsesverden som tilhører oss. Dersom vi ikke tar med den andres selvfortolkning i vår forståelse, blir det altså en grunnleggende feil i oppfatningen av den andre. Her mener Aubert og Bakke (2008) at anerkjennelse i den intersubjektive relasjonen innebærer at yrkesutøveren er bevisst på at begge parter i samhandlingssituasjonen har ulike, men likevel likeverdige roller. Denne sykepleieren burde om mulig tatt hensyn til de forutsetninger hun skapte for den andres opplevelse og handlinger. Anerkjennelse innebærer også, i følge Aubert og Bakke (2008), at yrkesutøveren kritisk gransker sine egne bidrag til samhandlingssituasjonen. Uten å se vårt eget bidrag i møtet og hvordan det påvirker den andre, blir det umulig å se ham eller henne, og jeg mener derfor at

eksempelet viser til betydningen av relasjonskompetanse i hjelpende relasjoner. Når det, som i dette tilfellet, fører til advarsel fra Statens helsepersonellnemnd, understreker det hvor avgjørende denne kompetansen kan være. Jeg mener at sykepleierens holdning burde vært gjort til gjenstand for refleksjon. Det er nettopp yrkesutøverens holdning som gjør det mulig å være empatisk og dele intersubjektivt, sier Schibbye (2002). Hva kunne så sykepleieren ha gjort for å få innsikt i hvorfor hennes handlemåte eller unnlattelse var i strid med kravet til faglig forsvarlig og/ eller omsorgsfull hjelp? Jeg skal gi en kort innføring i det teorien kaller for teoretiske skjema, før jeg utdyper hvorfor jeg mener det er viktig at yrkesutøveren forstår seg selv i utøving av relasjonskompetanse

4.1.1 Hvordan kan vernepleieren selv være et hinder for relasjonskompetanse?

Steen (1992) sier at mennesket søker etter å forstå omgivelsene ved å konstruere en mening i det som skjer rundt oss, noe han kaller teoretiske skjema. Vi velger handlinger ut fra individuelle behov for å oppnå ønskede konsekvenser, og vi kontrollerer de ved å se hvorvidt de fører til de antatte konsekvensene. Meningen vi gir våre omgivelser vil styre våre handlinger, og ved å vurdere effektiviteten av disse vurderer vi også hvorvidt vår konstruksjon av omgivelsene er brukbar. Slik jeg forstår det, fortolket da sykepleieren virkeligheten ut i fra prosesser som er uhyre kompliserte, og i liten grad kanskje bevisst. På grunn av kompleksiteten konstruerer vi i følge teorien en forenklet representasjon av omgivelsene og bruker et håndterbart sett av teorier for å oppnå den konsekvensen vi ønsker. Fordi de færreste av oss er bevisste om at vi har en teori som styrer våre handlinger, stiller vi heller ikke spørsmålsteget ved hensiktsmessigheten ved vår egen teori, mener Steen (1992). Dette kan være en av grunnene til at Helsepersonellnemnda påpekte at avdelingssykepleieren i sine brev i liten grad viste innsikt i hvorfor hennes handlemåte eller unnlattelse var i strid med kravet til faglig forsvarlig og / eller omsorgsfull hjelp. Grønlykke og Knirkholt Jensen (1993) mener også at indre strukturer og ytre begivenheter kan spille sammen for å bevare et stabilt system av teoretiske skjema, som “nekter” å vokse i takt med opplevelser og erfaringer. Sykepleieren i overnevnte eksempel skal ha gitt de pårørende uriktige opplysninger om det hun trodde var dødstidspunktet for å beskytte seg mot kritikk fra de pårørende. Selv om dette bare er overflatiske antakelser av denne sakens omstendigheter, mener jeg det er et viktig aspekt at også fagfolk kan ha vanskeligheter med å se seg selv i situasjoner, og å være åpne for å reflektere over egne feil. At en persons begrepssystem “nekter” å endre seg, kaller

Grønlykke og Knirkholt Jensen (1993) for blokkeringer, fordi personens holdning blokkerer for positive opplevelser. Fagpersoner som ikke har tro på at ting lar seg forandre, kan ha hatt erfaringer som tilsier at det ikke nytter å prøve. Innlærte omstendigheter og forhold som er meget følelsesladd, kan i følge Grønlykke og Knirkholt Jensen (1993) være vanskelig å endre. På den andre siden kan noen fagpersoner også være imot endringer på grunn av sitt behov for å bevare en gjenkjennelig verden, uten at det er snakk om blokkeringer i overnevnt forstand. La oss se på viktigheten av at vernepleieren forstår seg selv i utøving av relasjonskompetanse. For å virkeliggjøre teorien vil jeg mot slutten av neste kapittel vise til min egen erfaring gjennom et praksisopphold på et eldrecenter.

4.2 Hvorfor må vernepleieren forstå seg selv i utøving av relasjonskompetanse?

Vi har sett at en viktig del av relasjonskompetanse handler om å kjenne seg selv, å forstå den andres opplevelse og å forstå hva som skjer i samspillet med den andre. For at den du møter skal få den hjelpen hun/han har behov for, og på en måte som passer ham eller henne, vil den profesjonelles evne til å ta den andres perspektiv være en forutsetning. Det å møte andre kan være et møte med en annen tenkemåte eller en annen kultur. Slike møter stiller krav til vernepleieren når det gjelder å leve seg inn i den hjelpetrengendes verden, slik vi så i kapittel 3.2 om intersubjektivitet. Det kreves også refleksjon om egen kultur og bakgrunn, fordi vernepleieren i møte med andre også i en viss forstand vil møte seg selv. Dette fordi hun må forholde seg til sine egne følelser, reaksjoner, minner og erfaringer i samhandlingen, slik at disse blir konstruktive og ikke kommer i veien for god interaksjon med den andre. Den profesjonelles egen forståelse kan også komme på kollisjonskurs med brukerens behov, fordi hjelpen baseres på den profesjonelles egen oppfatning av hva den andre har behov for, eller "bør" ha behov for, slik vi så i eksempelet over. Aubert og Bakke (2008) mener at den profesjonelle må sette sitt eget til side for å kunne stille seg åpen i møtet med den andre. Dette innebærer at hun kjenner sin for-forståelse og er oppmerksom på seg selv og sine egne reaksjoner. Også Schibbye (2002) er enig i at dette er den største utfordringen vi som er i hjelperollen har. Innsikt i hvordan en selv virker inn i samhandlingssituasjoner er også i følge Røkenes og Hanssen (2002) selve kjernen i det å være relasjonskompetent i profesjonelle sammenhenger. Bare når pasienten føler seg trygg på at han blir møtt med respekt, uansett hvilke opplevelser han forteller om eller hvilke følelser som uttrykkes, kan han dele med

vernepleieren det han måtte ha behov for. Røkenes og Hanssen (2002) mener at dette bare kan oppnås når fagpersonen speiler en indre forståelse av pasientens opplevelsesverden og validerer, bekrefter, anerkjenner og respekterer selvopplevelsene hans. Motsatt av dette er at vernepleieren ikke skal gyldiggjøre ytre atferd, men den indre opplevelsen. For eksempel skal hun ikke gyldiggjøre et mord, men de selvopplevelsene som ligger til grunn for en slik handling. La oss gripe fatt i viktige moment her og gjøre de til gjenstand for diskusjon: bevissthet om hva vernepleieren forstår på bakgrunn av, bevissthet om egne reaksjoner, og innsikt i hvordan en selv virker inn i samhandlingssituasjoner. Målet blir å få utsikt over vernepleierens egen innsikt.

Psykologen Watzlawick (1967) (i Steen 1992) mener at vår egen atferd kan være vanskelig å være seg bevisst fordi den kan være vanskelig å se. Sammenligner vi egen atferd med det å puste, kan vi forestille oss hvor automatisk dette forekommer, før vi eventuelt blir bevisst på det selv. *Refleksjon* blir derfor en del av den sosiale konteksten vernepleieren befinner seg i. Hvordan kan vernepleieren da bli bevisst om hva hun forstår på bakgrunn av, og bli bevisst egne reaksjoner? Hvordan får hun innsikt i hvordan hun selv virker inn i samhandlingssituasjoner, om hun heller ikke er bevisst sine teoretiske skjema? Vi skal berøre noe som ligger helt elementært og grunnleggende i alle mennesker, nemlig verdier. Dette er også en forlengelse av vernepleierens holdninger, som vi tidligere har vært inne på. Vi har alle våre egen grunnleggende forutsetning vi arbeider ut fra, både i forhold til personlig ståsted og teoretisk grunnlag. Tidligere viste jeg at integrering av dette, sammen med vernepleierens bakenforliggende menneskesyn, er det Schibbye (2002) kaller for holdning. Men heller ingen mennesker er uten verdier, selv om en manglende bevissthet i forhold til de kan være fraværende. Gjennom vår oppdragelse, vår skolegang og gjennom samvær med familie og venner o.s.v. får vi et sett av verdier som er en del av vår kulturelle og sosiale arv. Whellis (i Steen, 1992) mener at mennesket har et hierarki av verdier som gjør at noe er viktigere for oss enn annet, og at det viktige gjør at vi velger en atferd fremfor en annen selv om vi ikke er bevisst over det. Ved refleksjon kan vernepleieren bli bevisst de overleverte verdiene hun har arvet gjennom sin sosiale og kulturelle arv. På denne måten blir hun også i stand til å velge, ved at hun gir seg selv anledning til å leve mer i samsvar med slik hun ønsker å leve; ikke slik hun burde leve. Jeg mener dette har overføringsverdi i yrkessammenheng. Da jeg var i praksis på et eldrecenter, følte jeg at de ansatte hadde stort fokus på regler og rutiner. Studentrollen

skulle gi meg rom for å være kritisk til måten de ansatte jobbet på, og jeg synes de av og til var mer opptatt av å utføre daglige gjøremål enn å pleie kontakt med de eldre gjennom samvær. Uten å ha reflektert over det tidligere, ser jeg nå at jeg er utstyrt med et sett av verdier som gjør at blant annet det intersubjektive møtet kan være vel så viktig for meg som det å overholde et, i mine øyne, unødige strengt tidsskjema. Ut i fra mitt teoretiske skjema, forsto jeg ikke meningen med de ansattes prioriteringer; for å oppnå den konsekvensen jeg ønsket, - at beboerne skulle oppleve seg selv som meningsfull på sine eldre dager, søkte jeg etter intersubjektive møter i mange situasjoner. Om det var hensiktsmessig i den totale sammenhengen arbeidsdagen medførte av andre plikter, stilte jeg ikke spørsmålsteget til. Selv om studentrollen som sagt skulle gi meg rom for å være kritisk til måten de ansatte jobbet på, var jeg ikke bevisst mine egne reaksjoner på dette. Mine egne reaksjoner satte meg i en mer eller mindre ubevisst konflikt mellom det å være følelsesmessig ærlig med meg selv og mine verdier, og å bryte en viktig norm på arbeidsplassen. Satir (1991) mener kjernen i å skape kontakt med andre ligger i det å være ærlig med følelser. En avklaring av eget ståsted med hensyn til hvilke verdier som står i tråd med det å være autentisk og kongruent for meg, kunne kanskje hjulpet meg å forklare de ansatte hva jeg opplevde som vanskelig med situasjonen. I stedet for å sette ord på det jeg forsto på bakgrunn av (jf. for-forståelse, kap.3.2), trakk jeg meg unna og tok avstand fra noen kollegaer, og jeg mener selv at mine egne følelser og reaksjoner sto i veien for samhandlingen. Allerede her blir det tydelig at vernepleieren i møte med andre også i en viss forstand møter seg selv. Jeg skulle ha forholdt meg til mine egne følelser, reaksjoner, minner og erfaringer i samhandlingen, slik at disse ble konstruktive og ikke kom i veien for god interaksjon med de jeg jobbet med. Vi så tidligere at relasjonskompetanse dreier som å forstå og samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. Ved å sette ord på min kunnskap, kunne jeg brukt teoretiske begrep for å bygge en bro av forståelse for hvorfor jeg handlet som jeg gjorde med pasientene. Det kunne vært en potensiell gjennomslagskraft for at flere oppfattet viktigheten av å møte beboerne med genuin dialog, noe det intersubjektive møtet beskriver i kapittel 3.2. Jeg mener i ettertid også å se at mitt teoretiske skjema sto i veien for egen forståelse av hvorfor de ansatte handlet som de gjorde; kanskje jeg ikke forsto hensiktsmessigheten av å handle mer regelstyrt, på bakgrunn av egne begrensninger. Gjennom min egen, forenklete representasjon av omgivelsene brukte jeg gjerne et håndterbart sett av teorier for å oppnå den konsekvensen jeg selv ønsket, uten å anerkjenne viktigheten av de

ansattes prioriteringer. Det som i alle fall står klart frem her, er at jeg ikke hadde innsikt i hvordan jeg selv virket inn i samhandlingssituasjonen. For å skape rom for måten du jobber på, mener jeg at vernepleieren også må bli seg bevisst samspillet med kollegaer og organisatoriske rammer. Jeg mener det er viktig å erkjenne at alle ansatte forstår noe på bakgrunn av noe. For å virkeliggjøre egne teorier og synspunkt på den hjelpetrengendes vegne, må vernepleieren forholde seg til et dynamisk samspill med kollegaer, så vel som med pårørende i forhold til eksempelet om avdelingssykepleieren. Erfaringer og meninger må settes ord på, på en måte som gjør at andre får muligheten til å forstå hvor du er i dine tanker og hva du mener og tror på. Hvordan kan vernepleieren så bli mer bevisst sin egen atferd i samhandlingssituasjoner, og kan denne atferden endres?

4.3 Hva skal til for at vernepleieren blir bevisst på hvordan hun selv virker inn i samhandlingssituasjoner?

Her skal vi etter hvert vende tilbake til eksempelet om oversykepleieren som fikk advarsel fra Statens helsepersonellnemnd for mangel på forsvarlig og omsorgsfull hjelp. For å få frem kompleksiteten en hver yrkesutøver bærer på i sin utøving av relasjonskompetanse, har jeg valgt å se dette ut fra to implisitte system som styrer mennesker, det rasjonelle og det erfarende. Det rasjonelle systemet hos den enkelte er velegnet til abstrakt, "kjølig" analyse, der logiske regler svarer til det vi normalt forstår ved logisk tenking. Almennelige symboler som for eksempel tall og ord blir brukt her. Det erfarende systemet på den andre siden er nært forbundet med yrkesutøverens egne følelsesmessige opplevelser, som hun selv har kjent på kroppen. Grønlykke og Knirkholt Jensen (1992) mener det også kan kalles det følelsesmessige systemet, fordi det brukes av en mer privat karakter. Det vedrører det private språket yrkesutøveren snakker til seg selv med på en tilvennet, automatisk måte hun normalt ikke er oppmerksom på. Det kan man bli gjennom opptrening, mener de. Dette systemet bruker forestillinger og deler av verbale utsagn som har hatt betydning for en i oppveksten. Med tiden og erfaringen har minnene av slike hendelser blitt visket ut, men meningen forblir hos den enkelte og påvirker ens atferd.

"Du ønsker å hjelpe andre, det er svært bra. Men du kan ikke hjelpe andre hvis du ikke forstår dem. Og du kan ikke forstå dem hvis du ikke forstår deg selv. Derfor bør du arbeide med det først". - Dan Millman (Skau 18:2005).

I dette legger jeg at det å skape mer utfordrende nærhet i samspillet med andre, utfordrer vår evne til å kjenne seg selv og egne grenser. Denne kjennskapen er en forutsetning for å forstå andre, men den er også nødvendig for å kunne forsvare og eventuelt utvide våre egne toleransegrenser, som vi var inne på i eksempelet fra min egen praksis. En naturlig konsekvens av dette er økt følsomhet og respekt for andre. Ved å utvide egne grenser lærer vi hvordan vi kan engasjere oss i forhold til andre uten å invadere, i tillegg til å tillate andre å komme nær oss uten at vi lar oss invadere, mener Skau (2005). Etter nemndas syn i Dagbladets artikkel, manglet avdelingssykepleieren etisk refleksjon, og viste at hun ikke evnet å se situasjonen fra de pårørendes side. Hun beskyttet seg også mot kritikk fra de pårørende ved å oppgi uriktige opplysninger om det hun trodde var pasientens dødstidspunkt. Kan de implisitte systemene som styrer denne yrkesutøveren endres, som resultat av advarselen fra Statens Helsepersonellnemnd? Spørsmålet er om et voksent menneske i det hele tatt er i stand til å forandre seg og til å styre sin egen forandringsprosess. Hvis vi svarer på dette ut i fra et deterministisk grunnsyn, vil vi si at mennesket kan oppfattes som et rent produkt av oppvekstvilkår, sosiale omgivelser, instinkter eller drifter, sier Skau (2005). Tar vi derimot utgangspunkt i konstruktivistisk psykologi og eksistensialistisk filosofi beskrives selvforståelse på den andre siden som en individuell mental konstruksjonsprosess som avgjørende for våre handlinger. Skau (2005) retter søkelyset mot en viktig problemstilling i denne sammenhengen. Hun mener det finnes de som er imot å gjøre personlig utvikling til del av en obligatorisk profesjonell kompetanseoppbygging. Ifølge henne mener disse at egne verdier, holdninger og væremåter bør respekteres som en privatsak, at ingen andre enn dem selv har rett til å bestemme hvem og hvordan vi skal være som mennesker. Det erfarende systemet virker jo også til dels privat, hvis det er nært forbundet med yrkesutøverens egne følelsesmessige opplevelser, som hun selv har kjent på kroppen. Betyr dette at sykepleieren som forlot pasienten med betydelige respirasjonsplager uten at hun fikk hjelp for dette, ikke kan bli stilt krav til om refleksjon over seg selv og egne handlinger? Skal den hjelpetrengende i verste fall måtte tåle å bli snakket til i en hensynsløs og uakseptabel tone, fordi yrkesutøveren ikke har fokus på egen relasjonskompetanse og væremåte?

Å "være seg selv" betyr å være ekte i våre samhandlinger, og dersom en ikke får være det kan det bli vanskelig å oppnå gode og tillitsvekkende relasjoner. I følge Skau (2005) kan en

allikevel stille seg kritisk til om det å “være seg selv” er noe som ikke bør eller kan utvikles hos den enkelte vernepleier. Å stå for et grunnleggende sett holdninger og verdier som privatperson og et annet som yrkesutøver og fremdeles kreve troverdighet kan sette den personlige kompetansen i tvil. La meg si det på en klarere måte; det å fokusere på personlig utviklingsarbeid står ikke i motsetning til å være ekte som person i møte med andre. Skau (2005) mener også at det i stedet betyr at den vi er i samspill, vil forandre seg over tid. De som jobber i velferdsyrker forventer gjerne at de menneskene vi hjelper skal lære, utvikle seg og forandre noe ved seg selv og sitt liv som et resultat av vårt samspill. Hva får oss til å tro at vi ikke selv skulle trenge å gjøre det samme? En rolleavklaring i yrkesutøvelsen kan her være nødvendig. En rolle er summen av de forventningene som rettes mot en bestemt posisjon, og det skilles mellom formell og uformell yrkesrolle (Røkenes og Hanssen, 2002). Arbeidsbeskrivelse eller stillingsinstruks definerer din formelle rolle, mens den uformelle yrkesrollen er summen av de forventningene som rettes mot den posisjonen yrkesutøveren har i systemet. Gjennom å være tydelige og formidle sine egne forventninger til den andre, kan han eller hun forebygge kommunikasjonsvansker som oppstår i sin yrkesutøvelse. Etter det Dagbladet skriver (02.02.2010), skal datteren til avdøde i lang tid hatt mistanke om at moren ikke fikk forsvarlig tilsyn og behandling. Røkenes og Hanssen (2002) mener det å være profesjonell innebærer at du til en viss grad må sette dine private preferanser og meninger til side og ta på deg de oppgavene yrkesrollen krever. Jeg mener at avdelingssykepleieren hadde vært profesjonell om hun hadde vært villig til å gå inn i åpne diskusjoner i forhold til de pårørende. At sykepleieren bevisst skal ha gitt de pårørende uriktige opplysninger om det hun trodde var dødstidspunktet for å beskytte seg selv mot kritikk fra de pårørende, kan også blant annet tyde på at hun ikke greide å ha et nyansert forhold til sin rolle.

I innledningen sa jeg at selv om vi bærer en tittel som insinuerer at vi skal være suverene på vårt felt, rommer en hver yrkesutøver sårbarhet og begrensninger vi skal være ydmyke til. Det å utøve relasjonskompetanse berører nettopp det rommet yrkesutøveren har til å være seg selv og sette sin egen farge på yrkesutøvelsen. Fagpersoner trenger ikke være kald og upersonlig, og kan for eksempel dra nytte av sine egne livserfaringer og sin egen væremåte når det gjelder å finne gode måter å håndtere konflikter på, mener Skau (2005). Det erfarne systemet som innehar privat karakter kan kanskje for noen være vanskelig å ha et nyansert forhold til i sin rolleutøvelse. Det vedrører det private språket yrkesutøveren snakker til seg selv med på en

tilvennet, automatisk måte hun normalt ikke er oppmerksom på, og bruker som tidligere nevnt forestillinger og deler av verbale utsagn som har hatt betydning for en i oppveksten. Selv om tiden og erfaringen visker ut minnene av slike hendelser, forblir meningen hos den enkelte og påvirker ens atferd. På spørsmålet om det rasjonelle og det erfarende systemet hos sykepleieren fra eksempelet over kan endres, vil jeg kanskje heller si at det å bli de bevisst i første omgang er en start på å se seg selv i samhandlingssituasjoner. I dette tilfellet kunne sykepleieren ha våget å være seg selv som person, også som fagperson. I stedet for å gå rundt med en påtatt, utvendig yrkesrolle, kunne ydmykhet til situasjonen ha vært med på å gjøre henne bevisst på hvordan hun selv virket inn i samhandlingssituasjonen.

5.0 Avslutning

Med tanke på at forholdet mellom profesjonsutøvere og klienter / pasienter er i endring i forhold til å ansvarliggjøre begge partene i et samarbeid, synes jeg relasjonskompetanse er et interessant og aktuelt område å studere. Det opptar meg også sterkt etter egne erfaringer fra helsevesenet, som jeg fortalte innledningsvis. Jeg ble allikevel overrasket over hvor lite kjent begrepet var for meg i forhold til hva det har vist seg å inneholde. Gjennom oppgaven har jeg prøvd å vise at måten vernepleieren legger til rette for at brukerne blir sett og forstått, og hvordan hun samhandler med de og systemet rundt for å sikre vilkår som gjør at de får utbytte av ulike tiltak, viser hennes relasjonskompetanse. Siden vernepleieren ikke lenger er en suveren ekspert som behandler en passiv pasient, noe som *"innebærer større vekt på å skape relasjoner som sikrer pasienter sine vilkår for å engasjere seg med utgangspunkt i egne interesser"* (Rammeplan og forskrift for vernepleierutdanning, 2005) kom jeg tidlig frem til at dette stiller krav til oss yrkesutøvere om å forstå den hjelpetrequende på en ny måte. For å fange opp den hjelpetrequendes behov og ønsker fant jeg derfor frem til teori om det intersubjektive møtet, noe jeg antok kunne være med på å skape nære relasjoner. Da det gjennom Schibbye (2002) kom frem at slike møter innebærer at vernepleieren både er hos seg selv og hos den andre fordi partene som deltar både uttrykker seg og deltar eller er til stede i hverandres psykologiske tilstander, ble jeg også nysgjerrig på hva slike møter krever av vernepleieren. Måten hun forstår og reagerer på det som blir uttrykt kan endre opplevelsen hos den hjelpetrequende gjennom dialogen, og det ble dermed naturlig å ha fokus på at

vernepleieren selv bidrar til den virkeligheten hun studerer, noe jeg ikke hadde tenkt på før. Røkenes og Hanssen (2002) mente at innsikt i hvordan en selv virker inn i samhandlingssituasjoner er selve kjernen i det å være relasjonskompetent i profesjonelle sammenhenger. For meg ble det derfor viktig å fokusere på at yrkesutøveren bør ha en reflektert holdning til sin for-forståelse. Siden vernepleieren i møte med andre også i en viss forstand vil møte seg selv, undret jeg over hva som kunne skje dersom hun ikke greide å gjøre sine egne følelser, reaksjoner, minner og erfaringer i samhandlingen konstruktive. Det var da jeg kom på eksempelet fra egen praksis på et eldrecenter, som etter min mening viste at min egen for-forståelse kom i veien for god interaksjon med andre. Jeg brukte også det Steen (1992) kaller teoretiske skjema for å prøve å klargjøre hva som faktisk kreves av vernepleieren for å bli seg bevisst egen væremåte. Her henviste jeg også til eksempelet om avdelingssykepleieren som fikk advarsel fra Helsepersonellnemnda for mangel på forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Helsepersonellnemnda påpekte at hun i sine brev i liten grad viste innsikt i hvorfor hennes handlemåte eller unnlattelse var i strid med kravet til faglig forsvarlig og / eller omsorgsfull hjelp, og jeg påpekte at også fagfolk kan ha vanskeligheter med å se seg selv i situasjoner. Gjennom hele analysedelen mener jeg å ha svart på hvorfor relasjonskompetanse er viktig i hjelpende relasjoner. Siden vi alle har vår egen grunnleggende forutsetning vi arbeider ut fra, både i forhold til personlig ståsted og teoretisk grunnlag, valgte jeg å vie oppmerksomhet både til vernepleierens holdning og verdier. Dette ble viktig for meg fordi Schibbye (2002) mente at holdningen gjør det mulig å være empatisk og dele intersubjektivt, noe jeg så som fornuftig å legge til grunn for analysen. For at den hjelpetrengende skal få den hjelpen han / hun trenger og på en måte som passer for ham eller henne, vil den profesjonelles evne til å ta den andres perspektiv også være en forutsetning. Jeg kom da frem til at vernepleieren må være autentisk og kongruent for å gjøre dette, noe som forutsetter en direkte tilgang til egne egentlige opplevelser hos vernepleieren. Avslutningsvis valgte jeg derfor å fokusere på personlig utviklingsarbeid i rolleutøvelsen. Jeg berørte så vidt vernepleierens erfarende system som mulig inngangsport til egne opplevelser. Fremstillingen av oppgaven kan kanskje oppfattes som noe snever, da jeg etter å ha tilegnet meg kunnskap om emnet så at vinklingen kan gjøres på mange ulike måter. Dess mer man lærer innser man jo også hvor lite en vet. Oppgavens omfang begrenset dessverre grundigere analyse av mange spennende områder, men det kan være interessant å gjøre de til gjenstand for en eventuell mastergrad. I denne oppgaven kom jeg frem til at det intersubjektive møtet med den

hjelpetrequende kan gjøre vernepleieren sårbar, da det å møte seg selv kan være vanskelig uten en reflektert holdning til samhandlingssituasjonen. Selv om jeg ikke har hatt fokus på det gjennom oppgaven, ser jeg at tid og ytre rammer er faktorer som kan virke hindrende for refleksjon over egen praksis og samhandlingsevne. Hvordan dette kan bli lagt til rette for vil jeg ikke spekulere i på grunn av min manglende erfaring som ferdigutdannet vernepleier i yrkessammenheng. Jeg konkluderte allikevel med at det å utøve relasjonskompetanse også berører det rommet yrkesutøveren har til å være seg selv og sette sin egen farge på yrkesutøvelsen. Jeg mener at det å jobbe med sin relasjonskompetanse i møtet med den hjelpetrequende utfordrer vernepleierens evne til å kjenne seg selv og egne grenser, men at det også er viktig for å skape nærhet i samspillet. Relasjonskompetanse er viktig for at vernepleieren skal kunne forstå den hjelpetrequendes opplevelse, og jeg tror sterkt på at refleksjon over hvem vi lar andre få være i møtet med oss kan være med på å utvide vår forståelse av den hjelpetrequendes behov.

LITTERATURLISTE

Aubert, Anne-Marie og Bakke, Inger Marie (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fellesorganisasjonen (2008). *Om vernepleieryrket*. Lokalisert [22.02.2010] på Verdensveven: http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/_Om%20vernepleieryrket__A5.pdf

Grønlykke, Per og Knirkholt Jensen, Kim (1993). *Tanke og personlighet*. Frederiksberg: Special-Trykkeriet Viborg A/S

Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hutchinson, Gunn Strand (2007). *Sosialt arbeid i kommunen: samfunnsmandat og handlingsrom*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Høgskulen i Volda (05.01.2009). *Studiekatalog for studieåret 2009-2010*. Lokalisert [10.03.2010] på Verdensveven: [http://hivolda.studiehandbok.no/hivolda2/content/view/full/20170/\(vis\)/handbok](http://hivolda.studiehandbok.no/hivolda2/content/view/full/20170/(vis)/handbok)

Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Rammeplan og forskrift for vernepleierutdanning (2005). Utdannings- og forskningsdepartementet

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard (2002). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.

Satir, Virignia (1985). *Om å skape kontakt*. Oslo: Aventura Forlag AS

Schibbye, Anne-Lise Løvlie (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse - i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Schibbye, Anne-Lise Løvlie (2009). *Relasjoner – et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Skau, Greta Marie (2005). *Gode fagfolk vokser – personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen akademiske

Steen, Eldri (1992). *Helsevesenet og forandringsprosesser*. Oslo: Universitetet.

Tangnes, Jørgen. (2010, 02.03). Advarsel etter avlytting. *Dagbladet*, s.19