

En trøstende kontakt mellom sykepleier og pasient

Tone Glad

Tone Glad, UiA, Universitetet i Agder, tone.glad@uia.no

Sammendrag

Hensikten med dette essay er å belyse hva trøst i sykepleien kan være og hvordan kontakt mellom pasient og sykepleier kan oppleves trøstende for pasienter.

Bakgrunnen for essayet er en pasients brev til sykepleier om det å ha noen å snakke med under behandlingsoppholdet i sykehuset. I samtalen med pasienten kan sykepleier oppnå kontakt, også kontakt med sin egen karakter og grenser.

Når vi tror at vi trøster er det ikke sikkert at det er det vi gjør. Trøst er et mysterium og skjer ikke på sykepleiernes premisser. Sykepleiere må være til stede i nuet og snakke med pasientene, engasjere seg og la seg berøre av hva som virkelig er pasientens lidelse. Slik kan dører åpnes og trøst slippe til. I en gjøremålstravel yrkeshverdag for sykepleieren er det utfordrende å delta i en trøstende prosess sammen med pasienten, men det er ikke umulig.

Nøkkelord

Trøst, tröst, consolation, pasientkontakt, oppmerksomhet, sykepleie

Vitenskapelig essay

<https://doi.org/10.7557/14.6508>



© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Det er mange år siden jeg lå inne på medisinsk avdeling der du var en av mange pleiere. Du var ikke ofte innom mitt rom, men likevel har du på en merkelig måte satt spor som ingen andre pleiere er i nærheten av. Jeg har mange ganger lurt på hva det var ved deg som gjorde at du ikke er glemt som mange andre pleiere jeg har møtt opp gjennom årene. Kanskje kan forklaringen ligge i at du tok deg tid til å prate. Som da du kom bort til meg en morgen jeg satt og leste avisen. Da brukte du litt av din dyrebare tid på å snakke. Faktisk husker jeg den samtalen. Du ønsket vel egentlig å trøste meg. Jeg fortalte om hvor mye jeg savnet å leve livet sammen med andre ungdommer og ikke bruke livet på sykehuset. Din trøst gikk på at du selv ikke hadde hatt en fri ungdomstid siden du fikk barn i ung alder. Jeg har mange ganger ønsket å fortelle deg at du gjorde at oppholdet på medisinsk avdeling ble litt lettere. Flere skulle brukt tiden til å snakke med pasientene. Etter x uker på medisin bar det til X sykehus. Selv om pleierne var flinke og dyktige, manglet avdelingen en person av ditt kaliber, en jeg kunne snakke med når dagene var som tøffest og det ikke var i nærheten av lys i den lange mørke tunellen. Personer som faktisk har betydd noe selv om det er i få minutter i ens liv, er ikke lett å glemme.

Dette er ord fra en ung pasient med en kronisk sykdom som jeg som sykepleier møtte under et av hans mange sykehusopphold. Nå er det gått noen år siden jeg mottok denne pasientens brev med disse tankevekkende ord. Første gang jeg leste brevet, tenkte jeg «det skulle jo bare mangle». Klart at jeg som sykepleier skulle bruke tid til å snakke med pasientene. I ettertid forstår jeg at for pasienten var disse møtene av større betydning enn jeg selv var klar over. At samtalene og kontakten var trøstende «når dagene var som tøffest og det ikke var i nærheten av lys i den lange tunellen».

Jeg har undret meg over hva det er som får slike samtaler eller møter mellom sykepleier og pasient til å oppleves trøstende for pasienten. Dersom det er «kontakten som gir trøst» (Falk & Smith, 2016, s. 38), hva kan det da være ved denne kontakten som vi som sykepleiere og for den del andre helsearbeidere, bør være bevisst slik at pasienter kan oppleve trøst i sin tilværelse som syk og/eller pleietrengende?

I dette essay vil jeg søke å belyse fenomenet trøst sett i lys av sykepleiens oppmerksomme nærvær i kontakten med pasienter. Ved hjelp av tekster om trøst hentet fra blant annet Roxberg (2005, 2009, 2010, 2012) og Pahuus (2016), samt relevante tekster om trøst og sykepleie, ønsker jeg å reflektere over oppmerksomheten og kontaktens betydning som grunnlag for opplevelse av trøst.

Hvorfor essayistisk?

Å skrive essayistisk kan gi tanken rom for bevegelse, vandringer, undringer og språkuttrykk som vokser ut av det vi er beveget av i situasjonen, skriver Martinsen og Kjær (2015, s. 14). Etersom jeg selv ble beveget av å lese pasientens nedskrevne tanker i sitt brev, kjennes det riktig å benytte en stil og form som essayet muliggjør. Ofte er det ikke mulig eller riktig å slå fast eller konkludere ved spørsmål av fenomenologisk karakter eller erkjennelse av berørt erfaring. Heller kan det være naturlig å åpne opp for en undring og tenkning frem mot en meningsbærende forståelse, der en inviterer leseren med i sin tankevandring. Det er slik jeg oppfatter essayets intensjon, når jeg leser Martinsen og Kjærs henvisning til den kjente essayisten Montaigne. Det vil si en skrivemåte der en dveler ved noe og skriver ut fra et subjektivt perspektiv. Ikke slik at det er jeg som skal stå i sentrum, men at det er et jeg som har den reflekterende rollen i et forsøk på å fortolke eller finne mening i det forunderlige omkring emnet trøst. Kanskje vil leseren selv finne noe gjenkjennbart i min tekst og knytte den til sin egen kunnskap og slik videreføre og berike forståelsen av dette viktige emnet.

Selv om den essayistiske stilen er nokså fri i sin form, er det likevel et underliggende krav om sammenheng, konsistens, en viss systematikk og logisk fremstilling i et vitenskapelige essay (Halås & McGuirk, 2021). Derfor kan jeg ikke foreta en ensidig vandring i egen tankeverden, men ha en vitenskapelig bevegelse mellom det allmenne og subjektive gjennom en fortolkende kritisk refleksjon og en analyse av teorien. Mitt valg av litteratur er heller ikke tilfeldig, uten at den har relevans for saken og kan bidra til å gi meg et forankringspunkt til mine spørsmål. Litteraturen og erfaringen møter hverandre, taler til hverandre og risikerer å bli transformert av hverandre (Halås & McGuirk, 2021, s. 12).

Dette kan forstås som en tankevandring der min erindrede erfaring fra møtet med pasienten settes i spill med teksten i brevet, kritisk refleksjon og teoretisk analyse av det jeg anser som relevant litteratur. En slik «oppdagelsesreise» kan forhåpentlig bli til en meningsbærende forståelse av hva som kan være en trøstende kontakt mellom sykepleier og pasient. Her beveger jeg meg mellom to høyst ulike erfaringsverdener, min egen og pasientens. I tillegg betrakter jeg min egen erfaring bare som en fornemmelse av hva pasienten skriver om, gjennom min kroppslig lagrede erfaring. Dette fordrer en varhet mellom det nære og det som betraktes på avstand, der jeg søker å ikke tillegge situasjonen mer enn det jeg kan ane eller stille spørsmål ved. Forhåpentlig åpnes det opp for en videre tankevandring, slik den essayistiske sjanger rommer av muligheter og begrensninger.

Pasientkontakten

Det første som slår meg, eller berører meg i min ettertenksomme lesning av pasientens brev, er overraskelsen over at dette «tilfeldige» møtet skulle være av en slik verdi for den unge pasienten. Jeg måtte virkelig tenke etter for å huske hva som egentlig hendte, hva vi snakket om og hvorvidt jeg hadde gjort noe spesielt eller

opptrådt på en spesiell måte i situasjonen. Jeg kan huske pasienten, rett og slett fordi vedkommende hadde berørt både meg og de andre pleierne med sitt pågangsmot gjennom en strevsom sykdomstilværelse og behandling. Selv hadde jeg vært delaktig i flere av pasientens behandlinger og behov for sykepleie. Så når pasienten etter hvert begynte å komme seg mer opp og ut på egen hånd, ble våre møter færre og mer tilfeldig ettersom de ikke lenger var knyttet til pleieoppgaver.

At det oppstår kontakt mellom sykepleier og pasient tenker jeg kan være viktig å stoppe opp ved å reflektere over. For hva innebærer det å oppnå kontakt som kanskje kan få en trøstende betydning for pasienten? Pasienten referer til en situasjon, som for meg bare er et vagt minne. Jeg kan huske at han satt helt for seg selv i et stort fellesrom der andre pasienter og besøkende kan oppholde seg. Avisen var brettet ut over fanget uten at pasienten virket oppslukt av den. Idet jeg tilfeldig streifet forbi, falt det bare naturlig å si «hei». Pasienten smilte og noe ved hele situasjonen må ha fått meg til å stoppe opp for så å ta meg tid til å høre hvordan det sto til. Gjennom samtalen fikk vi kontakt med hverandre.

I følge Falk (2016, s. 30) er kontakt «*møter mellom to grenseflater*», og forklarer dette ved å bruke håndtrykket som eksempel på hvordan to berøringsflater møtes med sine egne grenser. Det er grenser som både adskiller, forbinder og definerer. Når for eksempel den profesjonelle hjelper og den hjelpesøkende (her forstått som sykepleier og pasient) møtes, innebærer grensene hvem partene er og ikke er, og krever ifølge Falk tydeliggjøring for å muliggjøre kontakt.

Et slikt «grenseskille» oppfatter jeg bidrar til å befeste kontaktens grunnlag mellom sykepleier og pasient. For eksempel skriver pasienten «du brukte av din dyrebare tid til å snakke», vel vitende om at min rolle som sykepleier innebar at jeg også hadde andre oppgaver. Vi møttes ikke som to privatpersoner, men som to personer i et asymmetrisk forhold der jeg som sykepleier var i en maktposisjon. Det vil si makt til å kunne yte profesjonell pleie og bistå i behandlingen, samt makt til å påvirke pasientens opplevelse av sykehusoppholdet. Slik den danske filosofen og teologen Løgstrup (2010) skriver, har vi aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi holder noe av dette menneskets liv i våre hender. Forstått som at sykepleiere gjennom sin profesjonelle rolle, væremåte, handlingsvalg og kunnskapsbruk, kan bidra til å berøre pasientens liv på en eller annen måte. Derfor bør jeg være bevisst den makt jeg besitter i møte med pasienten. Kanskje må jeg fortelle pasienten om mine grenser for hva jeg som sykepleier kan bidra med og hva jeg ikke kan bidra med, slik at forventninger avklares. Dersom jeg for eksempel ikke hadde hatt tid til å snakke med pasienten fordi andre oppgaver ventet, burde jeg ikke ha innledet en samtale uten samtidig å tilkjenne mine grenser for tidsbruk. «Jeg kan godt bli her et kvarter (...) Vi kan fortsette samtalen i morgen hvis du vil» (Falk & Smith, 2016, s. 32). Kunne dette vært en måte å uttrykke seg på? Klare grenser gjør det mulig å komme hverandre nær, hevder Falk. Men, først og fremst handler det vel så mye om å vise at en bryr seg, og at pasienten i tillit kan stole på at jeg kommer tilbake?

Delmar (1999) har i sitt mangeårige arbeid med begrepet omsorg, belyst betydningen av fenomener som tillit og makt i en samklang i sykepleie-pasientrelasjoner. Hun påpeker at sykepleier må snakke åpent om de eksisterende maktrelasjoner, «*ved overfor patienten at fremlægge sine forudsætninger for den aktuelle dags samarbejde*» (s. 193). Det er sykepleierens ansvar å oppdage og verdsette pasienten som menneske. For pasientene vil ikke være til bry, eller som Delmar skriver, «*til ulejlighed*». Ingen ber om omsorg, men bruker isteden forskjellige tilpasnings-manøvrer som kan bidra til å understreke ubalansen i maktforholdet. Jeg tolker dette som at pasienter er prisgitt den enkelte sykepleiers vilje og interesse for å oppnå kontakt. Dermed blir det også forståelig når pasienten skriver i sitt brev at «*du brukte av din dyrebare tid til å snakke*». Er det slik å forstå at pasienter oppfattet at sykepleierne ikke nødvendigvis setter av tid til å snakke med pasienter?

Pasienten skriver videre, «*at flere skulle brukt tiden til å snakke med pasientene*». Noe av det samme uttrykker også andre pasienter. For eksempel i Kvåles (2006) kvalitative studie av hva pasienter anser som «omsorgsfulle sykepleiere». Forstått som sykepleiere som bryr seg om, tar seg tid til å snakke, gir informasjon og forklarer, og er smilende og har humor (s.17). Pasientene i studien beskriver relasjonen med de omsorgsfulle sykepleierne som en uforklarlig kontakt det var vanskelig å sette ord på. Er det ikke da opplagt at sykepleiere må snakke med pasientene? De kan ikke bare gå forbi dem i taushet. Sykepleierne har jo mange års utdannelse i faget, der pleie og omsorgsutøvelsens viktigste prinsipper er å handle til pasientens beste, der de blant annet tar i bruk sykepleierens relasjons- og kommunikasjonsferdigheter i profesjonell forstand. Som lærer ved sykepleierutdanningen i en årrekke vet jeg at dette er et kunnskapsfelt som tillegges stor vekt i undervisningen. Derimot er det heller uvisst hvorvidt kunnskapen kommer til anvendelse i den praktiske pasientpleien. Kanskje vektlegger sykepleier sine arbeidsoppgaver og forvalter sin arbeidstid på måter som gjør at samtaler med pasienter begrenses. I så fall kan kanskje den nødvendige kontakten med pasienten og «*kontaktøyeblikket der de ekte samtaler skjer*» (Falk & Smith, 2016), utebli .

Lidelsens uttrykk som fordrer trøst

I brevet skriver pasienten om samtalens betydning; «*En jeg kunne snakke med når dagene var som tøffest og det ikke var i nærheten av lys i den lange mørke tunellen*». Det synes åpenbart for meg at det hadde vært tøffe perioder for pasienten, så pass tøffe at det manglet lys i en lang, mørk tunell. Her kan vi bare forestille oss hva pasienten har gjennomgått, men likefullt forstå at det er et uttrykk for en tilværelse med lidelse.

Å være pasient innebærer gjerne lidelse. Ifølge Eriksson (1995) forbindes lidelse med det å pine og det å ha det vondt, samt å kjempe og «utholde». Ikke bare årsaken til innleggelse i sykehus kan oppleves som lidelse. Pasienter kan også oppleve selve oppholdet med behandling, undersøkelser og forholdet til

menneskene og omgivelsene i sykehuset som en lidelse, det Eriksson (s.69-79) kaller pleielidelse. Spørsmålet er hvordan pasientens lidelse kan komme til uttrykk slik at vi som sykepleiere kan bli den bevisst og eventuelt være til trøst?

Som sykepleier vet jeg at pasienter kan oppleve mange ulike lidelser under sitt sykehusopphold, for eksempel smerte, kvalme, oppkast og pusteproblemer. Lidelser som kan være forventet ut fra den enkeltes sykdomssituasjon eller behandling og kanskje lett legges merke til av sykepleier. For det er vel slik at vi legger bedre merke til det vi er innstilt på eller forventer kan skje? Men, lidelsen kan synes å være mer sammensatt enn som så. Den er ikke nødvendigvis det vi umiddelbart kan skue med vårt blikk eller slå fast ved hjelp av et kartleggingskjema.

Schmykker og Bjørn (2006) fremholder at lidelsens fysiske og psykiske dimensjoner henger sammen og ved sykdom forsterkes bekymringer. Pasienter kan derfor ikke betraktes ensidig å ha fysisk smerte og utelate hvordan smerten oppleves, eller for den del hvilke bekymringer som følger i kjølvannet av det som fysisk gjør vondt. Pasienten kan være svært fortvilet og kanskje engste seg for ikke å bli helt «seg selv» igjen, og bekymre seg for egen eksistens. «*Gjennom tenkningen kan en forestille seg det verst mulige for fremtiden*» (Schmykker & Bjørn, 2006, s. 9). Slik kan dette bli en lidelseskamp der pasienten kan kjenne seg isolert i fortvilelse og oppleve seg hjemløs og fremmed i forhold til seg selv og andre. Enten det er fordi en ikke vil, kan eller våger å dele sine tanker med andre. Slik kan en også bli «*lukket inne i egen kropp av smerte, utelukket fra fellesskapet med andre*» (Martinsen, 2021, s. 73). Kan det være slik pasienten til tider opplevde sin situasjon som innlagt i sykehus, når han skriver «*i den lange mørke tunnelen*»?

Når jeg tenker tilbake på pasienten som jeg så «tilfeldig» passerer på min vei mot nye sykepleiefaglige gjøremål i min arbeidshverdag i sykehuset, rystes jeg over hvor lett jeg bare kunne latt vedkommende bli værende i sin tilværelse med sine tanker, dersom jeg hadde valgt å bare gå videre. Jeg kunne jo ikke vite bare ved å se på pasienten, at det kanskje trengtes noen trøstende ord fra meg. For hvordan kan vel sykepleiere legge merke til om pasienter er bekymret eller opplever lidelse og håpløshet i sin tilværelse og kan trenge trøst?

Umiddelbart vil vi kanskje forbinde det å trøste, med trøsten av barn som gråter. For eksempel det lille spebarnets gråt som den kjærlige mor (eller far) favner, klemmer og trøster slik at gråten stilner og barnet faller til ro. Gråten er da et uttrykk for at noe ikke er som det skal. Kanskje barnet kjenner sult, smerte, ubehag eller rett og slett savner kontakt og nærhet. Forutsetningen for den kjærlige trøsten er at barnets gråt sanses og søkes forstått og hva som fordres av trøstende handling. I dette tenker jeg at det befinner seg en oppmerksomhet som strekker seg langt ut over hva øret hører og øynene ser, for å beskytte og verne om.

Dersom voksne menneskers uttrykk for ubehag var like innlysende eller påfallende som barnets gråt, og at andre menneskers trøstende handlinger var like opplagt som den kjærlige mors morskjærlighet, så ble kanskje kontakten og trøsten i sykepleien enklere å belyse. Voksne mennesker har ikke nødvendigvis barnets umiddelbare og spontane gråt som sin tydeligste formidlingsform til omgivelsene når de lider og har det vondt. Blant annet lærer mennesket tidlig i livet hva som er kulturelt eller familiært akseptabelt å uttrykke og hva som ikke er det. Slik kan våre individuelt levde liv gi oss særegne emosjonelle uttrykksformer og særegne oppfattelser av andre menneskers emosjonelle uttrykk. For eksempel kan lidelsen uttrykkes gjennom aggressive skrik, isolering, taushet eller påfallende handlinger (Lindholm & Eriksson, 1993). Derfor er det på langt nær alle som uttrykker sin lidelse gjennom verbale fortellinger eller gjennom høylytt gråt. Kanskje foregår lidelsen i stillhet. Ingen ber vel om å bli trøstet?

Hvordan kan trøst bli til trøst?

Dersom vi som sykepleiere aner at en pasient kan trenge trøst, hvordan kan vi i så fall trøste slik at det oppleves trøstende? Som sykepleier har jeg ofte stått i situasjoner der jeg har fornemmet at pasienten har det vondt, men samtidig kjent på både utilstrekkelighet og uvitenhet om hva som skal til i situasjonen. At det først må åpnes opp og gis rom for å dele lidelsen i fellesskap (Schmykker & Bjørn, 2006), er forståelig for at trøst skal tilkomme pasienten i hans lidelseskamp. Men, for at et slikt rom skal kunne åpnes, kan en ikke stå på avstand og kjenne på egen uvitenhet og utilstrekkelighet. Jeg tenker at sykepleier må våge seg inn i relasjonen der lidelsen befinner seg og der trøst kan finne sted. For trøst kan finne sted når en minst aner det. En kan ha et ønske om å trøste, men det er ikke sikkert at pasienten opplever trøst og pasienten kan finne trøst i noe som ikke var ment som trøst. Slik pasienten skriver i sitt brev, «*du ønsket vel egentlig å trøste meg*». Hvorvidt dette var et bevisst ønske fra min side, kan jeg faktisk ikke huske. Kanskje falt det seg bare naturlig ut fra situasjonen at jeg delte min fortelling, uten at det hadde en bevisst hensikt.

Førsteamanuensis Roxberg (2005, 2010, 2012) har i sin doktoravhandling studert fenomenet trøst i sykepleien og skriver følgende:

«Det är svårt att trösta, men det är inte omöjligt. Tröst som vårdar är nämligen inte alltid vad vi tror, inte alltid vad vi önskar att den skulle vara, och formedlas på sätt som vi kanske inte ens kan ana. Detta är tröstens mysterium och som gör tröst till tröst (2010, s. 9)

Trøst synes derfor ikke å kunne forutses som noe vi kan forberede oss til eller tenke oss til, hverken hva som skal til eller hvordan det skjer. Det bare skjer. I mitt møte med pasienten var jeg på ingen måte forberedt på det som skulle komme ut av samtalen og var heller ikke klar over samtalens betydning, før jeg mottok brevet der pasienten fortalte om sin opplevelse. Hadde jeg virkelig trøstet? Pasienten åpnet seg

i alle fall og delte med meg sine tanker om det som kjentes vondt, som når han skriver; «... savnet å leve sammen med andre ungdommer og ikke bruke livet på sykehuset».

Dette kan ha blitt min åpningen inn mot pasientens mottakelighet for trøst, det Roxberg (2005, 2009, 2010, 2012) benevner som «den öppnande trösten» med metaforer som åpne og stengte dører. «*Om man har en stängd dörr, då kommer ju inte känslorna någonstans varken ut eller in ju, då kan man inte ta emot tröst*» (2009 s.9). En slik åpning synes derfor å kunne ha bidratt til at pasienten ble mottakelig for trøst. Men, jeg hadde jo ikke til hensikt å trøste, eller hadde jeg kanskje det?

Min fortelling om en lignende «tapt ungdomstid», kan ha vært et forsøk på å formidle min forståelse for hans situasjon. Ikke nødvendigvis som trøstende for pasienten og forhåpentligvis heller ikke som en trøst for min egen del. I så fall kunne trøsten stoppet ved meg selv, som en selvfortrøstende trøst eller «*stanna vid ytan*», som Roxberg skriver (2009, 2010). Det samme om jeg hadde forsøket å overføre min egen tro og formening om pasientens lidelse. Liksom bare feid det bort med uttrykk som, «dette er ikke noe å bry seg om – det går nok over». Forstår jeg Roxberg riktig, vil sykepleiere dermed bli vendt bort fra pasientens lidelse, uten hverken å ha latt seg berøre eller engasjere seg i det som virkelig er pasientens lidelse.

En slik «selvforstrøsting», kan også forstås som det Pahuus (2016) benevner som en passiv form for trøst eller «ynk». I sine tekster om trøst, skiller Pahuus mellom to former for trøst. Den passive formen for trøst og den mer aktive formen for trøst. Passiv trøst er medlidenhet, der en rammes av den andres lidelse slik at en kjenner lidelse selv. Dersom en kun har medlidelse, fastholdes den andre i sin smerte (s.223) og da blir det vel heller ingen trøst.

Kan sykepleierens trøst være ensidig passiv? Tenk om jeg hadde klamret meg til den unge pasienten og ensidig fokusert på hvor ille livet var for meg selv når jeg mintes en isolert og frarøvet ungdomstid. Som en slags sentimental og omklamrende, ynkende trøst som kan etterlate pasienten i ensomhet og avmakt (Matthiesen & Delmar, 2016). I noen situasjoner synes det likevel å bli det eneste en kan gjøre. For eksempel hevder Pahuus (2016) at trøst kan foregå over tre stadier, der en først og uvilkarlig vil trøste på en ynkende måte ved for eksempel å omfavne og kjærtegne som en beroligelse. Noe jeg kan kjenne igjen fra møter med mennesker som er i en sjokktilstand. At jeg uvilkarlig har tatt omkring et menneske som brått og plutselig mistet sin aller kjæreste i en alvorlig ulykke. Jeg kan enda minnes menneskets sjokkerte og fortvilte skjelving i mine armer når jeg tenker tilbake på en slik opplevelse. Der og da i situasjonen, kjentes handlingen riktig. For trøst er når ingenting annet hjelper.

«Trøstens sted er de situationer, hvor en anden har det svært eller er blevet ramt av ulykken, og hvor situationen ikke står til at ændre. Hvis det er muligt at ændre den ramtes situation, da er der ikke brug for trøst...» (Pahuus, 2016, s. 216)

Når jeg leser pasientens brev, forstår jeg at det der og da ikke var snakk om medlidenhet, kanskje heller det Pahuus kaller for aktiv trøst (Pahuus, 2016). Der en appellerer til pasienten med respekt for personen selv eller «personens ansvarlige midte». Forstått som å kunne støtte og styrke pasienten til å «overta seg selv» ved blant annet å snakke om den vanskelige situasjonen. Det er jo dette pasienten vektlegger i sitt brev, samtalen våre. Et annet menneskes nærvær kan få avgjørende betydning for muligheten til å finne seg selv igjen, for eksempel gjelder dette for alvorlig syke mennesker når de kjenner seg «ute av seg selv» (Kjær, 2011). Kanskje var det noe lignende pasienten henviste til når han skriver at «*oppholdet på medisinsk avdeling kjentes lettere som følge av våre samtaler*». At samtalen kan ha bidratt til å sette i gang noe i han selv som lettet tilværelsen?

Å skulle finne «tilbake til» seg selv, kan betraktes som en krevende prosess (Schmykker & Bjørn, 2006). En prosess der pasienten selv må ta ansvar, men der samspillet med sykepleieren synes viktig for at pasienten skal make oppgaven og øyne muligheter og alternativer ved sin egen situasjon. Dermed synes det åpenbart at det er vi som sykepleiere som må engasjere oss og være oppmerksom på verdien i dette samspillet som kan bli til trøst for pasienten.

Oppmerksomhet og trøst i korte øyeblikk

«At oppleve et andet menneskes opmærksomhed, det er hva alle, lykkelige og ulykkelige tørster efter mere end efter noget andet» (Hansen & Borup, 1995, s. 23), men, oppmerksomhet krever stillhet. «Kun i stilheden er der oppmærksomhed» (s.23)

I sykehuset og for den del kanskje andre steder der sykepleiere arbeider, er det ikke alltid så lett å finne den stillhet som skal til for å være oppmerksomt til stede for pasientene. Med alle oppgaver som skal rekkes over innenfor knappe tidsmarginer, kan det bli vanskelig å finne den ro, tålmodighet og konsentrasjon som skal til for å legge merke til og engasjere seg i pasientens tilværelse.

Martinsen(1989, 2011, 2021; 2012) belyser noe av dette i flere av sine tekster om sykepleie. At når tempoet dominerer, «*stenger det av for inntrykket fra pasienten og appellen i det, og fra situasjonens kompleksitet (...). Det vil gjøre noe med begge parter, både sykepleier og pasient*», (Martinsen, 2021 s.67). Forstått som at det ikke bare er pasientene som frarøves nødvendig og etterlengtet kontakt med sykepleierne. Sykepleieren hindres i sin oppmerksomhet overfor pasientene og vil kanskje vanskelig legge merke til om pasienten har det vondt og kan trenge trøst. Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten uavhengig av hvilken

arena eller avdeling sykepleiere arbeider på, lengter sykepleiere etter et tids- og mulighetsrom for å være nær i samtale og oppmerksomhet med pasientene (Glad, 2010, 2019). Det synes derfor som at sykepleiere ønsker å være til trøst, men at tiden ikke strekker til. Men, er det nødvendigvis snakk om å bruke så mye tid for at trøst skal finne sted?

Pasienten skriver, «*personer som faktisk har betydd noe selv om det er i få minutter i ens liv, er ikke lett å glemme*». Kanskje betyr dette at gode «møter» ikke nødvendigvis krever lang tid, men heller hvordan tiden sammen med pasienten brukes. At det ligger en verdi, selv i de korte øyeblikk av kontakt mellom sykepleier og pasient, der trøst kan finne sted. For eksempel skriver Martinsen, «*Det er å ta tid til samtalen selv om tiden vi taler sammen i, ikke alltid er lang målt med klokken tid*» (Martinsen, 2005, s. 43). Ut fra det jeg kan minnes fra mitt møte med pasienten, varte ikke vår samtale lenge, bare noen få minutter. Sannsynligvis er det av større betydning å legge merke til pasienten og la seg lede inn i samtalen. Da kan en ikke la travelheten råde, men være langsom i sin væremåte. Om dette skriver Martinsen (Bjørk et al., 2002), «også i de korte møter kan en være langsom. *Det dreier seg om å strekke øyeblikks rommet ut i en tilstedeværelse her og nå*» (s.268). Men, hva skal til for å være langsom og strekke «øyeblikkets rom»? Dette forstår jeg kan være en utfordring i en travel sykepleiers arbeidshverdag. For noen kan det kanskje bli lett å styre unna eller snakke mens de står i døren. I så fall blir det en utilstrekkelig trøst (Johannson et al., 2008), der sykepleier signaliserer med hele kroppen at de ikke vil, ikke orker eller ikke kan gå inn i samtalen. Pasienten kan nok legge merke til at sykepleieren har andre ting å tenke på enn å snakke. De vil jo helst ikke være til bry og følgelig kan rommet for lidelsens åpning lukkes og trøsten slipper vanskelig til. Har ikke sykepleieren ansvar for å unngå at så skjer?

Alvsvåg (2010) hevder at vi kan velge hva vi som sykepleiere vil engasjere oss i, men da kommer det an på våre holdninger og vårt handlingsvalg. I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Et ansvar som også innebærer hvordan en velger å fremstå overfor pasientene. Det etiske ansvaret som påhviler oss alle mennesker i et hvert møte, innebærer at vi ikke kan la være å ta ansvar for våre egne handlinger og egen væremåte. Like mye som vi ikke kan la være å engasjere oss. Vi kan påvirkes av hverandre og vi kan rammes av hverandres væremåter, enten det er mellom pasient og sykepleier eller sykepleiere seg imellom. Slik kan vi også formes av den kultur vi er en del av. Når vi for eksempel merker at andre sykepleiere haster av sted, uten å ense hverken den ene eller den andre. Hvordan velger vi som kollegaer å reagere? Våger vi å stå opp imot det som får oss til å bli mindre oppmerksom overfor menneskene vi er satt til å ha omsorg for gjennom vår arbeidshverdag? Dersom pasientkontakten må velges bort, må jo noe annet velges å ha større betydning.

Uansett er det sykepleieren som selv velger hva hun vil vie sin oppmerksomhet til (Glad, 2010).

Dersom sykepleiere skal makte å ivareta det ansvar de er pålagt, kan de trenge hjelp. For eksempel bør de strukturelle rammene (organisatorisk og administrativ) bidra til å støtte sykepleiernes evne og mulighet til å stå i nærværende relasjoner med sine pasienter. Sykepleiere kan vel umulig måtte bære ansvaret alene med å tilrettelegge for pasientenes tilfrisknings- eller helsefremmende prosesser? Jeg tenker at det kan ligge en betydelig helsegevinst i en tilstedeværende oppmerksomhet overfor pasientenes ulike lidelser. Pasienter kan for eksempel gjenfinne egen styrke dersom de opplever trøst når de lider. Er ikke det en helsegevinst? Dersom ingen deltar i samspillet med å «lyssette en mørk tunell» sammen med pasientene, kan lidelsen i verste fall forverres. Som sykepleiere kan vi derfor ikke unnlate å være oppmerksomt nærværende sammen med pasientene, om så for korte øyeblikk. Det er i kontakten med pasienten at omsorg og opplevelse av trøst kan finne sted.

Litteratur

- Alvsvåg, H. (2010). På sporet av et dannet helsevesen : om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet. Akribe.
- Bjørk, I. T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). Møte mellom pasient og sykepleier. Gyldendal akademisk.
- Delmar, C. (1999). Tillid & magt : en moralsk utfordring. Munksgaard.
- Eriksson, K. (1995). Det lidende menneske. TANO, forlag.
- Falk, B. & Smith, A.-M. (2016). Å være der du er : oppmerksomhet, grenser og kontakt i den hjelpende samtalen. Fagbokforlaget.
- Glad, T. (2010). Oppmerksomhet i intensivsykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 24(4), 21-30. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2010-04-04>
- Glad, T. (2019). Arbeidsglede i hjemmesykepleien. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 15(2), 14. <https://doi.org/10.7557/14.4997>
- Halås, C. T. & McGuirk, J. (2021). Det vitenskapelige essayet i profesjonsforskning: en kritisk utprøvende metode. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 5-14. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-02>
- Hansen, K. & Borup, N. H. (1995). Opmærksomhed : [fem taler]. Mimer.
- Johannson, E., Roxberg, A. & Fridlung, B. (2008). Nurses' consolation: a grounded theory study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(2), 19-22. <https://doi.org/10.1177/010740830802800205>
- Kjær, T. A. (2011). Nærvær som omsorgens fundament. I L. R. Birkelund (Red.), *Ved livets afslutning: om palliativ omsorg, pleje og behandling* (s. 207-211). Aarhus Universitetsforlag.

- Kvale, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier -- slik pasienter ser det. *Nordic Journal of Nursing Research*, 26(1), 15-19.
<https://doi.org/10.1177/010740830602600104>
- Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354-1361.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18091354.x>
- Løgstrup, K. E. & Fink, H. (2010). Den etiske fordring (4. udg. utg.). Klim.
- Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays. TANO.
- Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnnet og evidensen. Akribe.
- Martinsen, K. (2011). Omsorg, sårbarhet og tid ; fest-forelesning ved tildeling af St. Olavs Orden. *Klinisk Sygepleje*, 25(4), 5-9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2011-04-02>
- Martinsen, K. (2021). Langsomme pulsslag. Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). Løgstrup og sykepleien. Akribe.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2015). Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet. Fagbokforlaget.
- Matthiesen, H. N. & Delmar, C. (2016). Trøst og livstruende sykdom - en differensiert forståelse af betydningsfulde relationer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, (3), 233-246.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-03-03>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler (Rev. utg.). Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Pahuus, M. (2016). Eksistens og natur; det dobbeltsidige mennesket og dets livsverden. Aarhus universitetsforlag.
- Roxberg, Å. (2005). Vårdande och icke-vårdande tröst [Åbo Akademis Förlag]. Åbo. <http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A202561&dswid=694>
- Roxberg, Å. (2009). Var ska jag kunna få tröst - Om tröst og att trösta. *Tidsskrift för fag og tro*, nr. 4(4), 7-9. <http://hdl.handle.net/11250/2496078>
- Roxberg, Å. (2010). Om tröst och att trösta. *Michael*, 2, 282-286.
<https://www.michaeljournal.no/article/2010/05/Om-tr%C3%B6st-och-att-tr%C3%B6sta%20->
- Roxberg, Å. (2012). Tröst. I B. I. Gustin L (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 437-448). Studentlitteratur.
- Schmykker, M. & Bjørn, A. (2006). At trøste - i professionel omsorg. *Klinisk Sygepleje*, 20(3), 28-37. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2006-03-05>