

7

Mot til å våge

LINDA RYKKJE OG MARIE KVAMME MÆLAND

SAMMENDRAG Menneskets mot er en dyd og et eksistensielt begrep. Mot i klinisk praksis belyses ved refleksjonsnotater fra videreutdanningsstudenter. Gjennom refleksjon kan situasjoner bli bedre forstått, og forståelsen kan bidra til klokskap og faglig skjønn. Vi beskriver hva vi kan lære av pasienters og pårørendes mot, men vektlegger hvordan mot hos helsepersonell kan fremmes. Mot handler om å våge å være til stede, kanskje uten å gjøre noe mer, men også å våge å handle til pasientens og pårørendes beste.

NØKKEWORD mot | våge | refleksjon | narrativer

ABSTRACT Human courage is a virtue and an existential concept. Courage in clinical practice is exemplified through reflection notes written by students in further education. Through reflection, situations can be better understood, and understanding may lead to wisdom and professional judgment. We can learn from the courage of patients and relatives, although we emphasize the fostering of health professionals' courage. Courage is about daring to be present, perhaps without doing anything more, but also to act in the patient's and relative's best interest.

KEYWORDS courage | dare | reflection | narratives

INNLEDNING

Mot er ifølge Tillich¹ (1952/1995, s. 7) et etisk konsept med rot i menneskets eksistens og i selve tilværelsens struktur. Dette støttes av May, som skriver at mot er essensielt i menneskets eksistens, fordi vi oppnår verdi og verdighet ved de mangfoldige beslutninger vi tar daglig, og disse beslutningene krever mot (May,

1. Paul Tillich var tysk-amerikansk religionsfilosof og teolog.

1975, referert i Lindh, da Silva, Berg & Severinsson, 2010, s. 558). For å forstå hva mot er, må man forstå grunnleggende verdier i samfunnet med betydning for det eksistensielle. Vårt utgangspunkt er at vi i et samfunn som i høy grad er basert på kristen-humanistiske verdier, kan se mot i sammenheng med tro og håp, mens motets etiske side er til stede i kjærlighet og etiske prinsipper. Vi finner mange beskrivelser av mot i Bibelen, både som en styrke: «Vær ikke redd og mist ikke motet»² eller motsatt som en svakhet: «Motet har sviktet meg»³ (Bibelselskapet, 2011).

Vi støtter oss på Tillich (1952/1995), som skriver om menneskelig eksistens og mot til livet, noe vi forstår som livsmot. Han påpeker at motet til å leve særlig er forbundet med angsten⁴ for en mulig ikke-væren, en eksistensiell bevissthet alle mennesker deler om egen endelighet, at vi skal dø (s. 29). Ifølge Tillich (s. 50) handler motet om affirmasjon på tross av ikke-væren. Dette forstår vi slik at den eksistensielle angsten medfører at døden må aksepteres som en del av livet, fordi motsatsen til slikt mot vil være fortvilelse. Tillich påpeker også at affirmasjonens subjekt er selvet, altså at det handler om «mot til å være seg selv» (s. 66).

Filosofisk kan mot ses på som praktisk visdom og en dyd (Fuggeli, 1999). Dyder er vaner eller karaktertrekk som kultiveres gjennom praksis, og som resulterer i handlinger som er essensielle for individets trivsel og vekst (Hawking, Curlin & Yoon, 2017). Vår forståelse er at dyden mot står i et spenningsfelt mellom ytterpunktene feighet (unngåelse) og det å handle uten betenkning. Vi mener at både mot og fornuft behøves for moralsk handling, så vel i dagliglivet som i vårt virke som helsepersonell.

FORMÅL OG OPPBYGGING

Kapitlets formål er å bidra til økt forståelse av begrepet mot og belyse modige handlinger i sykepleie og helsefaglig praksis. Vårt forskningsspørsmål er: Hva kan det innebære for pasienter, pårørende og helsepersonell å ha «mot til å våge»? For å besvare dette spørsmålet presenteres først en kort innføring i hvordan mot kan forstås i lys av filosofi med helsefaglig relevans og tidligere forskning⁵. Deretter presenteres eksempel på mot hos både pasienter, pårørende og helsepersonell

2. 5. Mosebok 1, vers 21.

3. Salme 40, vers 13 av David.

4. For videre lesning om den eksistensielle angstens former, se Tillich s. 27–48.

5. Det finnes en del forskning om moralsk stress (på engelsk «moral distress»), noe vi tror kan være en konsekvens av manglende mot eller arbeidsmiljøer som ikke fremmer mot. For å avgrense kapitlets omfang diskuterer vi ikke moralsk stress.

hentet fra refleksjonsnotater, der fremgangsmåten er narrativ metode og hermeneutisk lesning. Videre belyser vi kort livsmot og hva vi kan lære i møte med mot hos pasienter og pårørende. Hovedvekten legges imidlertid på helsepersonells mot til å våge å handle, i tillegg til mot til å våge å bli berørt, åpne for vanskelige samtaler og å være til stede uten nødvendigvis å handle.

HVORDAN MOT KAN FORSTÅS

Vi presenterer her forskning innen sykepleie- og helsefag, og to kilder fra filosofi.

MOTETS SPRÅKLIGE OPPRINNELSE

Begrepet mot har ifølge Oterholt (2011) en språklig opprinnelse fra det greske ordet *andreia*, som betyr mandighet, og det latinske ordet *fortitudo*, som betyr styrke. I gammelnorsk innebærer mot et beveget sinn og vrede. Synonymer er blant annet dristighet, uredhet, våge å handle, iver, raseri. Det engelske *courage* omtales som taperhet og dristighet, og stammer fra det franske ordet *cœur*, som betyr hjerte. Ut fra en språklig analyse av begrepet mot kan en finne tre aspekter. Mot har et personlig aspekt fordi det innebærer engasjement i den andre mer enn å erobre den andre. Videre har mot et relasjonelt aspekt, det er rettet mot noe eller noen utover seg selv. Dette er nært forbundet med hjertet og det å bry seg om og oppriktighet. Motet er dessuten kontekstuel, knyttet til en situasjon som fordrer aksjon i ord og gjerning. Risiko og usikkerhet om utfallet er til stede, men handlingen skjer på tross av disse faktorene. Slik handler mot om å tørre eller våge (Oterholt, 2011).

MOT I LYS AV ARISTOTELES

Filosofen Aristoteles skrev om moralsk dyd i *Den nikomakiske etikk* (Aristotle, 2009). Aristoteles hevder at hvordan vi handler i situasjoner vi har makt til å påvirke, er en følge av valg basert på fri vilje. I forbindelse med valg av handlinger er mot en essensiell dyd. Mot forbindes ofte med situasjoner der livet står på spill, og den modige våger å handle, og i ytterste konsekvens medfører valget en edel død. Selv om valg vi gjør i helsevesenet, sjelden utsetter oss for livsfare, kan vi forstå ut fra Aristoteles at motets motiv er det edle. Motet står i motsetning til feighet og hensynsløshet. Slik vi forstår motet, er det basert på ønsket om å oppnå det edle som ligger til grunn for handlingen. Vi må ikke misforstå mot som vågemot eller villet død:

Men å dø for å unnsnippe fattigdom eller kjærlighet eller noe smertefullt kjennetegner ikke en modig mann, men heller en feiging; for å flykte fra det som er plagsomt, kjennetegner veikhet, og en slik mann tåler døden, ikke fordi den er edel, men som flukt fra det vonde.⁶

Det er imidlertid viktig å skille mot fra det som kan ligne på mot, og her gir Aristoteles fem eksempler. En soldats handlinger kan virke modige, men dersom de er basert på lojalitet og redsel for represalier, er dette ikke mot. Videre vil soldater med kunnskaper om krigføring i større grad flykte fremfor å kjempe og dø, derfor behøver ikke kunnskaper bidra til mot i slike ekstreme situasjoner. Vi forstår at flukt kan virke fornuftig, men hensikten her er å vise til at motets mål er det edle, fremfor egeninteresser. Lidenskap er ifølge Aristoteles en naturlig egenskap hos mennesket som kan innebære at en handler, ikke basert på det edle eller fornuft, men fra styrken fra følelser, noe som er beslektet med mot. Om en søker fare på bakgrunn av smerte eller lidenskap, er en likevel ikke modig, fordi mot også innebærer valg og motiv for handlingen. Svært optimistiske (sanguine) personer ligner på modige personer, men Aristoteles mener mot er en del av menneskets karaktertrekk, og ikke basert på til dels overdreven optimisme eller enkelthandlinger basert på kalkulert vurdering. Likeledes er mennesker som ignorerer farer, ikke å regne som modige, fordi de vil flykte om de blir oppmerksom på faren (Aristotle, 2009, s. 38–59).

MOT SOM DYD OG KJÆRLIG OMSORG

Professor i filosofi, Deyoung (2013), beskriver mot som en kristen dyd, som er tilknyttet hjertet og kjærligheten. Det handler om hva som er verdt å leve og dø for; hva som vi kan stå for i dette livet, og det neste. Mot er å samkjøre frykten med hva som er godt, slik at frykten ikke vil underminere evnen til å holde fast ved det gode under press, i det øyeblikk en respons kreves av deg. Mot er en dyd både fordi den er en stabil og pålitelig måte å oppfatte og respondere på i verden, og fordi motet er noe godt. Motet handler om å møte frykt, men frykten er født ut av kjærlighet. Frykt er vår respons på ting som vi bryr oss om og som er truet. Frykt er kjærlighetens respons på et mulig tap. Fra et kristent perspektiv er mot kun mulig dersom vi elsker noe større enn oss selv (Deyoung, 2013). Å være menneske innebærer imidlertid også mot til å elske seg selv, og å bekrefte seg selv, noe

6. Aristotle (2009, s. 51): «But to die to escape from poverty or love or anything painful is not the mark of a brave man, but rather of a coward; for it is softness to fly from what is troublesome, and such a man endures death not because it is noble but to fly from evil.»

som gjør det mulig å gå utover egne grenser og gi andre kjærlighet (Eriksson, 2018, s. 476). Motet til å være glad i seg selv bidrar til egenomsorg, og dette er noe vi mener er en forutsetning for å kunne gi kjærlighet og omsorg til andre mennesker.

MOT I EN HELSERELATERT KONTEKST

Hawkins og Morse (2014) påpeker at mot involverer å handle i etisk-moralske «risikotakende» situasjoner, til tross for frykt for seg selv og andre, for å sikre pasientens trygghet og omsorg. For eksempel behøver sykepleiere mot til å gripe inn på vegne av pasienter i plagsomme situasjoner og sikre individualisert omsorg. Mot behøves for å stille spørsmål til leger og kollegers forordninger, rapporter og korrigerer eventuelle feil og for å være pådriver for pasientsikkerhet, adekvat pleie og godt arbeidsmiljø. Ved å ha mot til å være pasientens advokat kan pasientens lidelse reduseres.

Å møte alvorlig sykdom kan være vanskelig. Ifølge Finfgeld (1999) bør vi være oppmerksom på at pasienten kan streve med å akseptere og forstå situasjoner som oppleves som truende mot egen eksistens. Å godta ens situasjon er del av å være modig. Når pasienten blir oppmerksom på realiteten i situasjonen, skjer en kamp for å holde frykt og angst under kontroll. Dette oppnås ved en problemløsning der den truende situasjonen, og til og med døden, kan bli transformert til utfordringer som skal håndteres best mulig (Finfgeld, 1999). Mot kan imidlertid også bidra til kreativitet og evne til å gripe ens muligheter (Lindh et al., 2010). Kreativ tenkning kan være en styrke hos pasient og pårørende, og kan bidra til både en realistisk oppfatning av situasjonen og at en vektlegger takknemlighet for livet, og å finne nye perspektiver i hverdagen. I mange situasjoner blir helsepersonell vitne til – og kan også lære noe av – hvordan pasienter og pårørende fremviser stort mot og tap- perhet i møte med sine livsutfordringer. Slike erfaringer kan påvirke hvordan vi selv møter egne utfordringer i livet (Kendall, 2006).

Det er et viktig skille mellom mot i møte med reell fare og mot til å møte situasjoner den enkelte betrakter som farefulle. Det en kan frykte i møte med pasienter, kan variere fra person til person. For eksempel vil de fleste oppleve en reell fare for smitte i omsorgen for pasienter med infeksjoner, og noen smittestoffer gir alvorlig sykdom. Det kreves også mot for å gi omsorg til truende pasienter. I andre tilfeller kan det være personlige opplevelser som gjør at helsepersonell behøver mot for å møte pasienten, spesielt om pasienten minner oss på egne vanskelige erfaringer eller uforløst sorg (Hamric, Arras & Mohrmann, 2015).

Motet kan gjøre helsepersonell i stand til å handle i vanskelige situasjoner og bidra til at den enkelte stoler på seg selv i argumentasjon for ens utøvelse av pro-

fesjonell omsorg (Thorup, Rundqvist, Roberts & Delmar, 2012). Hawkins & Morse (2014) påpeker at mot innebærer å være villig til å handle i risikofylte situasjoner, der det kan stå noe på spill både for en selv og for pasienten. For å opprettholde motet er motivasjon viktig, og basert på egne verdier forsøker den enkelte å unngå feighet og frykt, hjelpe andre og leve opp til personlige forventninger (Finfgeld, 1999).

Mot hos helsepersonell handler dessuten om etisk ekspertise. Delmar (2004) hevder det er i situasjoner der en blir minnet på sin egen dødelighet og sine begrensninger, at emosjonell engstelse kan bli en barriere, slik at en unnlater å se hva som er pasientens behov i situasjonen. Mot er et vesentlig fundament i etisk dannelse, og mot er formet av omsorgsgiverens sårbarhet, lidelse og ømme punkter (Thorup et al., 2012). En forutsetning for etisk og kreativ handling er å ha mot til å gjenkjenne potensialet for å se hva som er, men også å nå et utsiktspunkt for innsikt i hva som kan være, og ha mot til å handle etter hva som burde være (Lindh et al., 2010).

EKSEMPEL PÅ MOT I KLINISK PRAKSIS

Vi arbeider ved videreutdanningene i gerontologi og kreftsykepleie ved VID vitenskapelige høyskole og har i 2016–2018 samlet inn refleksjonsnotater fra studentene. I gerontologi var utgangspunktet for refleksjonen etisk utfordrende situasjoner, mens utgangspunktet i kreftsykepleie var åndelig/eksistensiell omsorg. Studentene har gitt samtykke til bruk av notatene i forskning⁷ i anonymisert form. I videreutdanningene legges det vekt på å skrive for å lære, og refleksjon kan bidra til at kompliserte situasjoner kan bli bedre forstått (Coleman & Willis, 2015), både for den som skriver fortellingen, og for lesere. Refleksjon gjennom fortellinger kan bidra til mening og forståelse for egen livssituasjon (Blix, 2017, s. 54). Refleksjon kan dessuten bidra til å bygge opp kunnskap og handlinger som fører til klokskap og faglig skjønn (Kinsella, 2012).

VALG AV NARRATIVER OG HERMENEUTISK LESNING

Vi mener det er mye vi kan lære av å være vitne til mot hos pasienter og pårørende, men legger likevel mest vekt på helsepersonell og deres mot. Vi har ved hjelp av narrativ metode og hermeneutisk lesning valgt ut fortellinger (også kalt narrativer) som belyser mot i klinisk praksis.

7. Notatene inngår i to pågående forskningsprosjekter, men ingen av de valgte fortellingene blir anvendt på denne måten i disse prosjektene.

Fortellinger er ifølge Frank (2012, s. 43–44) en egnet metode for å få frem subjektive opplevelser og har potensial til å lære oss mer om komplekse situasjoner i hverdagen. Å fortelle historier er en av de mest betydningsfulle måtene vi som mennesker kan definere og forme vår kulturelle og mellommenneskelige sameksistens på (Frank, 2012, s. 37). I tråd med Riessman (2008, s. 3–4) kan den narrative metoden karakteriseres som kvalitativ analyse, der historien anses som en grunnleggende kilde for å undersøke menneskers opplevelser, handlinger og hvordan verden erfares. I forskning basert på narrativer kan enkelthistorier trekkes frem for å belyse valgte tema. Det er imidlertid viktig å ha en kritisk forståelse for narrativenes begrensninger, siden enhver fortelling er situasjonsbasert og rettet mot et spesifikt publikum (Blix, 2017, s. 56). Vi vil derfor fremheve at våre fortellinger representerer klinisk praksis relatert til gerontologi og kreftsykepleie, men at det gjennom økt forståelse av mot kan være overføringsverdi til annen type praksis. Videre kan det være en svakhet at refleksjonsnotatene i utgangspunktet ikke hadde søkelys på mot, samtidig som det kan ses som en styrke at vi likevel finner at mot som fenomen stiger frem i fortellingene.

I lesning og presentasjon av fortellingene støttet vi oss til Franks (2012) prinsipper om narrativ analyse. Vi bestemte oss for det første for å betrakte hver historie som en helhet; for det andre valgte vi noen historier i stedet for andre og lot hver historie være representativ i sin unikhhet (Frank, 2012, s. 33–52). I en hermeneutisk (Gadamer, 2010) lesning av notatene har vi sett etter spor av mot, og der vi ved erkjennelse og gjenkjennelse har forstått noe nytt om hvordan mot som fenomen kan gjenkjennes i praksis. Av refleksjonsnotatene der mot kom til syne, valgte vi de fem som best mulig belyser hvordan mot kan fremstå, basert på bredde og variasjon. Ifølge Gadamer (2010, s. 488) er det gjennom språket i teksten at vi kan komme til en forståelse med hverandre (s. 517–518). Det er gjennom ordene i teksten at vi kan forstå noe mer eller noe nytt. Vårt formål er at fortellingene skal bidra til refleksjon og undring, slik at ny forståelse kan skape åpning for nye måter å tenke og handle på i faglig praksis der mot kreves.

MOT HOS PASIENTEN OG PÅRØRENDE

Helsepersonell møter mange krevende pasientsituasjoner i sin kliniske hverdag, og særlig utfordrende kan det være å møte alvorlig syke og døende pasienter. Følgende fortelling er fra videreutdanning i kreftsykepleie og handler om en pasient som tok mot til seg og stilte et spørsmål han lenge hadde grublet over:

Jeg har som sykepleier vært bevisst på å se hele pasienten til enhver tid, ikke bare ta vare på de fysiske utfordringene, men også de ubesvarte eksistensielle

spørsmålene. Jeg kom hjem til pasienten en morgen, det skulle i utgangspunktet kun være et oppdrag for å sette en Fragmin-injeksjon. Da jeg kom inn i huset, hadde pasienten fortsatt ikke stått opp, og det var ikke slik jeg ble møtt andre morgener. Pasienten uttrykte at han hadde sovet svært dårlig. Pasienten fortalte imidlertid at det gikk fint, og at det pleide å være slik. Vi snakket videre om hva dagen skulle dreie seg om, hvordan været var ute, og jeg som sykepleier fikk satt Fragmin-injeksjonen som var sykepleieoppdraget. Pasienten formidlet at det ikke var behov for mer hjelp. På vei ned trappen ropte imidlertid pasienten navnet mitt og spurte om jeg kunne komme tilbake til soverommet. Jeg tenkte at det kunne jeg selvfølgelig gjøre, og da jeg entret soveromsdøren, kom spørsmålet jeg aldri vil glemme: «Hvilke tanker har du om døden?» Det var akkurat her jeg innså hvorfor vedkommende hadde sovet dårlig; en tanke om døden hadde tatt oppmerksomheten til pasienten hele natten. Spørsmål om fremtiden og hva som ville vente ham, opptok oppmerksomheten i nattens mørke. Å ligge alene og gruble over dette spørsmålet berørte meg som medmenneske. Jeg innså raskt at her måtte jeg bruke mer tid. Idet jeg satte meg ned på sengekanten, åpnet han seg, og slike tanker hadde han grublet over i lengre tid. Med ingen familie rundt seg, og personale fra hjemmesykepleien som hastet av sted, følte det ikke rett for pasienten å ta opp et slikt tema. Det viste seg i ettertid at dette hadde vedvart over en lang periode, pasienten hadde fått en kreftdiagnose, en diagnose en ikke kunne kurere (Praksiseksempel 1 = P1).

Det å holde ut lidelse kan være modig i visse tilfeller, og vår erfaring er at pasienter ofte uttrykker ulike former for håp i vanskelige situasjoner, slik denne fortellingen handler om:

Jeg var med lege i palliativt team på tilsyn til en pasient med kreft i spiserøret. Han hadde de siste ukene hatt flere styrtblødninger og var nær ved å miste livet. Etter siste blødning fikk han informasjon av kirurgen at kreftsvulsten vokste på en slik måte at han innen kort tid ville få en ny styrtblødning som ville ta livet hans. Han fikk informasjon om at han i en slik situasjon ville få avslappende medisiner i en så stor dose at han ville sovne. Når vi er på tilsyn, treffer vi en smilende mann som sier han har det bra. Han snakker om at han gleder seg til å feire jul med datteren. Legen avslutter tilsynet med å forsikre om at han skal få sove seg gjennom den forventede styrtblødningen. Jeg som sitter på sidelinjen, ser hvordan mannens «verden raser». Det er tydelig at dette er informasjon han ikke har oppfattet. Legen må gjenta informasjonen om svulstens vekst og måten han vil bli lindret på. Det som gjør størst inntrykk på

meg, er å observere hvordan mannen med egne spørsmål til legen klarer å «hente seg inn igjen». Han får selv frem at det ikke er noen som kan si når en slik blødning vil skje ... eller i hvor stor grad han vil blø ... og det kan være han får en siste jul med familien sin. Jeg syntes det var veldig fint å se hvordan denne mannen til tross for dårlige utsikter og nyheter klarte å finne «lys» og håp i sin egen tilværelse. Og til tross for at jeg virkelig tror han oppfattet beskjeden, valgte han å beholde håpet (P2).

Modige personer kan våge å bli i lidelsen og *være der* for hverandre, noe som vi vil illustrere med følgende fortelling om mot hos både pasienten og pårørende:

Historien er om en ung pasient med brystkreft med spredning til skjelettet og hjernen. På grunn av medisinen hun brukte, var matlysten stor, og hun hadde lagt på seg slik at huden ble spent. Det var derfor smertefullt ved berøring både under stell og ved forflytning av pasienten. Smerter i hodet var også et problem. Det var vanskelig å lindre smertene, og mot slutten av livet kunne vi høre at hun ropte i smerte. Familien var hos henne hele tiden. Mor, far og søsken delte på å være hos henne. Hun hadde to små barn, og nå var det pasientens bror og kone som hadde overtatt forsørgeransvaret. Det var en lettelse for pasienten når det var avgjort; da kunne hun slippe taket. Når vi spurte pasienten om hvordan hun hadde det, og om vi kunne gjøre noe for henne, kom alltid samme svaret: Hun ville ikke leve lenger, og hun ville kun få sovne inn i døden. Pasientens smerter ble vanskelige å lindre, og etter nøye vurdering ble det satt i gang lindrende sedering, som innebærer medikamentell reduksjon av bevisstheten hos en pasient der døden nærmer seg, for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte. For meg som student var det vondt å se hvor smertefullt og hvor vanskelig det var for både pasienten og familien. Det er ikke lett å se at noen er så glad i, har det så uutholdelig. Pårørende var jordnære, naturlige og lette å snakke med. De hadde avfunnet seg med situasjonen, selv om det må være vanskelig å se at ens egen datter/søster ligger i sykesengen og har det vondt. Det gjør også noe med en som sykepleier når det er små barn involvert. Det slår meg at dette er en familie som har samtalt mye med hverandre, og de var veldig fokuserte på at barna var med på sine premisser. Denne historien kommer til å være med meg i lang tid fremover (P3).

MOT HOS HELSEPERSONELL

I refleksjonsnotatene fra studentene ved avansert gerontologi kommer det frem ulike former for modige handlinger. Den første fortellingen handler om mot til å

si ifra til en kollega, slik at pasienten i hjemmebaserte tjenester ivaretas best mulig:

Jeg opplevde på min arbeidsplass at en kollega av meg kom inn på kontoret og var ganske oppbrakt. Hun hadde vært hjemme hos en ny pasient, og det var forholdene der hjemme som skaket henne opp. Hun forteller om hvor skittent og rotete det var hjemme hos denne pasienten. Deretter sier hun: «Han er så ekkel, jeg orker ikke å gå der.» Jeg reagerte veldig på hennes utsagn og trakk henne til siden med det samme. Jeg sa til henne at jeg ikke synes det er greit at hun snakker slik om pasientene. Det er greit å si at det er ubehagelig å gå der på grunn av at det er skittent og rotete, men det er ikke greit å kalle pasienten ekkel. Hun forsto hva jeg mente, og sa seg enig i dette. Vi snakket en del om hvordan man ordlegger seg, og hvordan det samstemmer med å ivareta pasienten på alle plan (P4).

Det andre eksempelet er fra sykehjem og handler om en situasjon vi tror mange kan kjenne seg igjen i. Det er forbundet med stor usikkerhet å våge å stole på seg selv og egen fagkunnskap når man er ung og ny:

Som nyutdannet sykepleier på et sykehjem hadde jeg bakvakt for en demensavdeling. I løpet av vekten fikk jeg en telefon fra avdelingen om at de hadde en urolig pasient som hadde behov for beroligende medisin. Jeg spurte hjelpepleieren om de visste hva som kunne ha utløst uroen, og om de hadde forsøkt ulike miljøtiltak. Hun svarte at det var vanlig at pasienten fikk beroligende medisin med en gang uroen meldte seg, fordi det hadde rask og god effekt. Jeg valgte å gå til den aktuelle avdelingen for å vurdere pasienten selv, da det føltes feil for meg å ta en slik avgjørelse over telefon når jeg ikke hadde kjennskap til den aktuelle pasienten. Jeg undret meg over at de ville gi medisin før de hadde forsøkt miljøtiltak. Det var vanskelig å stille spørsmål til den erfarne hjelpepleierens vurdering fordi jeg var redd for at hun ville oppfatte meg som en bedreviter. Jeg unnskyldte meg med at jeg var nyutdannet og ikke ville gjøre nybegynnerfeil. Jeg tok meg tid til å observere og kommunisere med pasienten. Jeg er glad for at jeg valgte å stole på min faglige vurdering, for det viste seg at pasientens uro skyldtes utrygghet og behov for kontakt. Jeg gikk likevel fra vakt den ettermiddagen med en vond følelse. Situasjonen gjorde inntrykk på meg fordi jeg valgte å stole på min egen faglige vurdering til tross for at det føltes vanskelig overfor min kollega. Når jeg ser tilbake på situasjonen i dag, så tenker jeg at det kan være lett å ta avgjørelser basert på «det er slik vi pleier

å gjøre det», i stedet for å gjøre seg opp sine egne faglige vurderinger, nettopp fordi det kan føles ubehagelig. Nå mange år senere tenker jeg fremdeles at jeg handlet rett i situasjonen. Erfaringen fra denne situasjonen har lært meg at jeg som fagperson må våge å ta upopulære avgjørelser når de kan begrunnes faglig (P5).

Å MØTE MOT HOS PASIENTER OG PÅRØRENDE

Menneskets mot er ifølge Aristoteles forbundet med både selvtillit og frykt, men det er i møte med frykten at motet først og fremst behøves. Mot involverer smerte i den forstand at det er vanskeligere å stå overfor noe som er smertefullt, enn å avstå fra det som er hyggelig (Aristotle, 2009, s. 50). Mot handler om kjærlighet og frykt, men også om makt og sårbarhet. Dersom det ikke er mulig å flykte eller kjempe mot en trussel, kan den menneskelige oppgaven bli å stå i situasjonen best mulig. Det å holde ut lidelsen kan i noen tilfeller være mye vanskeligere enn å kjempe, og derfor kan det kreve større mot enn det å møte direkte fare (Deyoung, 2013). Situasjonen i P1 handler om en pasients mot til å snakke om egen død, i den krevende og pågående kampen det er å rammes av alvorlig sykdom. Vår forståelse er at det å *holde ut* anerkjenner at lidelse er en del av menneskets liv, og at å stå i situasjonen best mulig er en utfordring de fleste av oss vil møte en eller annen gang. Slikt *utholdende* mot er en dyd (Aristotle, 2009, s. 39; Fuggeli, 1999) vi alle kan oppleve i dagliglivet, i motsetning til mot som kun kreves i livstruende situasjoner.

Mot og håp er nærliggende begreper, fordi det å håndtere utfordringer og sykdom på en modig måte bidrar til håp (Kendall, 2006). Samtidig kan håp bidra til å fremme og opprettholde mot. Vi mener håpets kanskje viktigste funksjon er at håpet kan holde frykten på avstand. Vi mener håpet også kan gi styrke til å velge hvordan en vil håndtere en vanskelig situasjon. Pasienter med kreft har håp om å overleve, men når det ikke er mulig, kan håpet innebære å dø med verdighet og et minimum av lidelse. I slike situasjoner er det viktig å ha livsmot, for selv om en forbereder seg på å dø, kan livet være godt og en ønsker ikke å slippe taket (Seibæk, Delmar & Hounsgaard, 2018). Pasienten i situasjonen i P2 viser mot til å velge, i løpet av en samtale, «hvor han vil være». Det er viktig at vi som helsepersonell har respekt for hvilken holdning pasienten velger i situasjonen. Det er på ingen måte vår hensikt å pålegge hverken pasienter eller pårørende en bestemt måte å reagere på, men at kunnskaper om mot kan gi helsepersonell nye måter å forstå pasientens situasjon og valg.

Det krever mot å leve videre når døden blir en realitet (Seibæk et al., 2018). Ifølge Tillich (1995/1952) handler mot til livet om å bekrefte sin væren på tross

av de elementer i livet som står i motsetning til egen væren. Dersom en pasient opplever tomhet og meningstap, blir fortvilelsen total og motløsheten fremtredende. Fortvilelsens vesen avledes av ordets opprinnelse «de-spair» som betyr uten håp (Tillich, 1995/1952, s. 42). Som tidligere nevnt er mot ifølge Tillich å bekrefte sin væren på tross av muligheten for ikke-væren. Dette kan ses i en eksistensiell angst, for mange opplever at livet trues av en skjebne med sykdom og mulig død. Mennesket erkjenner at det ikke finnes absolutt trygghet, og at livet gang på gang krever mot til å sette behovet for tryggheten til side for å nå en bekreftelse av seg selv og egen livssituasjon. Tillich hevder at menneskets eksistensielle angst er en del av livet som ikke kan fjernes, men den skal integreres i menneskets mot til å leve.

At helsepersonell oppfattes å være pasientens advokat, og at en viser respekt og bekreftelse, virker fremmede og støtter opp under motet. Men også bare tilstedeværelse av andre, i tillegg til vilje til å kommunisere åpent om situasjonen, kan bidra til å styrke motet (Fingfeld, 1999). Vi opplever at fortellingen i P3 handler om mot hos pårørende til å være til stede, og ikke minst mot hos pasienten til å være realistisk ved å sørge for at barna blir ivaretatt, og hun kunne slik slippe taket og kjenne ro foran døden. Familiens støtte og kjærlighet bidrog til å fremme og opprettholde motet i denne krevende situasjonen. Vi mener at å være vitne til pasienters og pårørendes mot vil kunne bidra til at helsepersonell videreutvikler sitt faglige ståsted, og muligens inspirere til *mot til å våge* i møte med utfordrende situasjoner (Kendall, 2006).

MOT TIL Å VÅGE Å HANDLE

Mot handler om å tørre eller våge (Oterholt, 2011). Vår oppfatning er at mot handler om å være der for den andre, og om mulig delta i pasientens lidelse (Eriksson, 2018). Vi ser dessuten at mot som dyd er nødvendig for å kunne «handle riktig», være pådriver for pasientens rettigheter og å opprettholde etiske profesjonelle standarder (Hamric et al., 2015). Hawking et al. (2017) påpeker at mot behøves i møte med pasienter, og at mot kan læres ved å utvikle en klinisk praksis der en våger å handle for å bedre pasientens helse, selv i de mest utfordrende situasjoner.

Vi kan lære av situasjonene der helsepersonell viser mot, slik som i de to praksiseksemplene (P4 og P5) fra avansert gerontologi. Historien i P4 handler om mot til å gi beskjed selv om det kan være ubehagelig. Slikt mot kan være nødvendig for å sikre trygghet i pasientomsorgen (Hawkins & Morse, 2014). Eksempelet P5 viser hvordan motet får frem tanker om både hva en kan og ikke kan som fagperson, og slike situasjoner er utfordrende når en samtidig opplever selvtilit, men

også frykt (Spence & Smythe, 2007). Vi mener sykepleieren viste mot som våget å trosse sin redsel og stole på egne fagkunnskaper.

Som helsepersonell kan en møte situasjoner der en må være villig til å gå utover ens komfortsone, for å være pasientens advokat, for å våge å motsi en kollega og for å kjempe for det en mener er riktig (Haugland, Lassen & Giske, 2018). Å handle med mot innebærer å gjøre det beste for pasienten ved å lindre lidelse (Eriksson, 2018). For eksempel kan det være å si ifra om tiltak og behandling som kan skade pasienten (Hawkins & Morse, 2014). Ved å vise mot i utfordrende situasjoner som i disse eksemplene kan en oppleve egenutvikling og personlig vekst. Å verdsette og føle stolthet over det en har oppnådd, kan gjøre en som person tryggere på egen evne til å møte utfordringer i fremtiden (Finfgeld, 1999). Andre faktorer som kan bidra til mot hos helsepersonell, er selvtillit og troen på at en kan påvirke situasjonen.

Fravær av mot hos helsepersonell kan bidra til arroganse i pasientomsorgen og påføre pasienten økt lidelse (Hawkins & Morse, 2014). Overdreven oppmerksomhet på mot kan imidlertid medføre vågemot (Aristotle, 2009), at en handler for å fremstå som en helt og muligens overser fare. Det er etter vårt syn viktig at konteksten og arbeidsmiljøet støtter opp under helsepersonells mulighet til å utøve mot. Alpers, Jarrell og Wotring (2012) peker på at i et helsevesen i stadig endring der økonomiske mål kan være i konflikt med moralske overveielser, eller personlige preferanser og bekvemmelighet kan medføre avvik fra beste praksis, og der etikk kan kolliderer med makt og hierarkier, er mot en helt nødvendig dyd hos kliniske praktikere. Vi tror imidlertid det er en bekymring dersom helsepersonell må være modige for å utøve faglig forsvarlig praksis. Mot som dyd skal verdsettes, men det å kreve individuelt mot hos den enkelte helsearbeider er ingen erstatning for faglig og etisk forsvarlig organisering av virksomheten (Hamric et al., 2015). For å utvikle et godt miljø for profesjonelt mot kan veiledning, videreutdanning og bygging av en organisasjonskultur som fremmer mot, anbefales (Wheeler, 2017).

Helsepersonell som arbeider med alvorlig syke pasienter, vil oppleve utfordrende kliniske situasjoner, som i fortellingene fra kreftsykepleie (P1–P3). Kreftpasienter og deres familier opplever ofte å leve med tap og sorg,⁸ og det å våge å være til stede for hverandre som det fremgår i en av fortellingene (P3), er en del av verdighet i kreftomsorgen. Det å ivareta verdighet⁹ i omsorg og i møter med kreftpasienter er sammenvevd med helsearbeidernes opplevelse av egen verdighet (Mæland & Eriksen, 2016). Motet til å våge å konfrontere følelser og erfaringer blir en viktig personlig egenskap for å yte god omsorg og ivareta etisk praksis

8. Se kapittel 6.

9. Se kapittel 2.

(Delmar, 2004). Mot til å bekrefte og være glad i seg selv (Eriksson, 2018) er nødvendig for at helsepersonell skal våge å gå inn i vanskelige samtaler. Vi tror vi må være trygge på oss selv for å våge å være til stede, og å åpne opp for pasienters og pårørendes tanker og følelser i situasjoner der vi ikke kjenner utfallet.

MOT TIL Å VÅGE Å BLI BERØRT OG ÅPNE FOR VANSKELIGE SAMTALER

Mot handler også om å våge å være vitne til og hjelpe pasienten til å møte sin egen sårbarhet og lidelse (Thorup et al., 2012). Som i praksiseksempelene (P1–P3) møter helsepersonell situasjoner der det er nødvendig med mot til både å våge å bli berørt og å være til stede, og invitere inn i et fellesskap der det er trygt for pasienten å være. Derfor er det viktig å ha mot til å konfrontere egne følelser og tidligere erfaringer, men også være villig til å leve med usikkerheten om hva ens handlinger vil bety for både en selv og pasienten, og å våge å kanskje bli avvist av pasienten (Delmar, 2004). Dette innebærer at hjelperen må ha evne til selvrefleksjon, og ser vi til Tillich (1952/1995), handler det også om mot til å være seg selv. En som selv vil hjelpe andre, må ha etablert en forståelse for sin egen posisjon i livet, men også ha kunnskaper og forståelse for den rolle og det ansvar en har som helsepersonell i møte med pasienten.

I både eldreomsorgen og kreftomsorgen mener vi det er vesentlig at helsepersonell åpner for samtale om åndelige og eksistensielle spørsmål. Det krever at både helsepersonell og pasienter våger å åpne for slike temaer (Liebenhagen & Forsberg, 2013; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2015). Helsepersonell må våge å gå inn i de vanskelige samtalene, noe som krever både mot, kunnskaper og erfaring. Det handler ikke om å tvinge seg på, men heller ikke trekke seg unna (Løkkeberg, 2016). Det er viktig å forstå at pasienten er i en prosess som gjør at samtalen må tilpasses til «det riktige øyeblikket», pasienten må være rede for slike spørsmål. Pasienten må også våge å åpne opp for og dele sine tanker med et annet menneske, slik det kommer frem i en av fortellingene (P1). Mange pasienter finner det vanskelig å snakke om sine følelser, og åndelige spørsmål oppleves ofte som veldig personlige og noe en tenker over i ensomhet. Pasienten må være villig til å åpne opp for samtale med helsepersonell om det åndelige og eksistensielle (Rykkje, Eriksson & Råholm, 2011). Det er en etisk overveielse, som også krever faglig skjønn og innsikt i pasientens situasjon, som må ligge til grunn for gjennomføring av slike samtaler, og vurdering av når det er riktig å la være å handle. Mot handler også om å våge å være til stede for pasienten, kanskje uten å gjøre noe mer enn dette.

Motet har utspring i et verdigrunnlag som skal ivareta pasient og pårørende, noe som også krever etisk sensitivitet. Dette er egenskaper som utvikles og læres gjennom praksis (Fuggeli, 1999), og ved veiledning og refleksjon. Fortellingen der pasienten åpnet for samtale om døden (P1), krevde at sykepleieren våget seg inn i denne samtalen. Vår erfaring er at møtet med døden kan være krevende fordi helsepersonell må konfrontere og tenke igjennom egen dødelighet. Mot kan til en viss grad læres ved å tilegne seg kunnskap og forstå motets natur, gjennom refleksjon, gode rollemodeller og gjenkjennelse av mot i praktiske situasjoner (Alpers et al., 2012; Haugland et al., 2018).

AVSLUTNING

Helsepersonells evne til å vise mot og forståelse for hva mot er, kan utvikles ved å lære av gode praksiseksempler. Praksisfortellinger kan bidra til ny kunnskap ved at en oppnår forståelse og innsikt, og dette kan medvirke til god faglig praksis der en har *mot til å våge*, fordi det i forståelsen er et iboende potensial for anvendelse eller handling. Mot er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å sikre god omsorg til pasienter og pårørende. Vi har pekt på flere forhold ved praksis som bør tilrettelegges slik at mot hos helsepersonell fremmes. Vedrørende mot hos pasienter og pårørende er ikke vår hensikt å antyde at de skal eller bør være modige, men at vi som helsepersonell kan lære av å bevitne slike situasjoner. Mot behøves i klinisk praksis der en våger å handle til det beste for pasienter og pårørende, men samtidig kan mot også være å våge å bare være til stede.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Det er behov for økt kunnskap om helsepersonells modige handlinger, og dette kapitlet bidrar til at mot kan forstås i nye sammenhenger og i møter mellom pasienter, pårørende og personell. Vi vil påpeke behovet for å reflektere over mot og situasjoner der mot er nødvendig, i både utdanning og klinisk praksis. Kapitlet er skrevet inn mot en helsefaglig praksis, men vi mener det er overføringsverdi også til sosialfaglig praksis.

Vårt forskningsbidrag er å se på mot fra ulike ståsteder, der både et pasient- og et pårørendeperspektiv, og dessuten helsepersonells «mot til å våge», belyses. Det finnes noe forskning om mot, men det kan med fordel utføres flere studier med empirisk materiale som belyser motets betydning i klinisk praksis og hvordan mot til å våge kan fremmes.

REFERANSER

- Alpers, R.R., Jarrell, K. & Wotring, R. (2012). Teaching courage: An essential for nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 7(3), 121–122.
- Aristotle. (2009). *The Nicomachean Ethics* (L. Brown og W.D. Ross, Overs.). Oxford: OUP Oxford.
- Bibelselskapet. (2011). *Bibelen. Det gamle og nye testamentet*. Oslo: Verbum forlag.
- Blix, B.H. (2017). *Narrativ: Store og små, og på ulike nivå*. Stamsund: Orkana akademisk.
- Coleman, D. & Willis, D.S. (2015). Reflective writing: The student nurse's perspective on reflective writing and poetry writing. *Nurse Education Today*, 35(7), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.018>
- Delmar, C. (2004). Development of ethical expertise: a question of courage. *International Journal for Human Caring*, 8(3), 8–12.
- Deyoung, R.K. (2013). Courage as a Christian Virtue. *Journal of Spiritual Formation & Soul Care*, 6(2), 301–312.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap – Vetenskapen om vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Finfgeld, D.L. (1999). Courage as a process of pushing beyond the struggle. *Qualitative Health Research*, 9(6), 803–814.
- Frank, A.W. (2012). Practicing dialogical narrative analysis. I J.A. Holstein & J.F. Gubrium (red.), *Varieties of narrative analysis* (s. 33–52). Sage Publications.
- Fuggeli, P. (1999). Mot. Alle dyders mor. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119, 1143–1145.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Oversatt av Holm-Hansen, L.). Oslo: Pax.
- Hamric, A.B., Arras, J.D. & Mohrmann, M.E. (2015). Must We Be Courageous? *Hastings Center Report*, 45(3), 33–40. <https://doi.org/10.1002/hast.449>
- Haugland, B.Ø., Lassen, R.M. & Giske, T. (2018). Professional formation through personal involvement and value integration. *Nurse Education in Practice*, 29, 64–69. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.013>
- Hawking, M., Curlin, F.A. & Yoon, J.D. (2017). Courage and Compassion: Virtues in Caring for So-Called “Difficult” Patients. *AMA J Ethics*, 19(5), 357–363. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.4.medu2-1704>
- Hawkins, S.F. & Morse, J. (2014). The Praxis of Courage as a Foundation for Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(4), 263–270. <https://doi.org/10.1111/jnu.12077>
- Kendall, S. (2006). Admiring courage: Nurses' perceptions of caring for patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 324–334. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.01.005>
- Kinsella, E.A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A Continuum of Reflection and Considerations for Phronetic Judgement. I A. Pitman & E.A. Kinsella (red.), *Phronesis As Professional Knowledge: Practical Wisdom in the Professions* (s. 35–52). Rotterdam: Sense Publishers.
- Liebenhagen, A. & Forsberg, A. (2013). The Courage to Surrender – Placing One's Life in the Hands of the Other. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(5), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2012.12.003>

- Lindh, I., da Silva, A.B., Berg, A. & Severinsson, E. (2010). Courage and nursing practice: a theoretical analysis. *Nursing Ethics*, 17(5), 551–565. <https://doi.org/10.1177/0969733010369475>
- Løkkeberg, S.T. (2016). *Risking the social bond when communicating unpleasant information: How self-relevant appraisals and feelings explain distancing and repair motivations*. University of Kent. Hentet fra <https://kar.kent.ac.uk/id/eprint/60955>
- Mæland, M.K. & Eriksen, E.O. (2016). Dignity in cancer care: a discussion based on three narratives written by nurse. I T. Oscar, O. Synnes & W. McSherry (red.), *Stories of Dignity within Healthcare: Research, narratives and theories* (s. 153–167). United Kingdom: M&K Update Ltd.
- Oterholt, F. (2011). Begrepet mot – en semantisk analyse. *Klinisk Sygepleje*, 25(02), 17–27.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications.
- Rykkje, L., Eriksson, K. & Råholm, M.-B. (2011). A Qualitative Metasynthesis of Spirituality from a Caring Science Perspective. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 40–53.
- Seibaek, L., Delmar, C. & Hounsgaard, L. (2018). Sustaining hope and life courage in patients undergoing ovarian cancer surgery—the impact of care. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12562.
- Spence, D. & Smythe, L. (2007). Courage as integral to advancing nursing practice. *Nursing Praxis in New Zealand*, 23(2), 43–55.
- Thorup, C.B., Rundqvist, E., Roberts, C. & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 427–435. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x>
- Tillich, P. (1952/1995). *Mod til livet*. Fredriksberg C: Forlaget ANIS.
- Tornøe, K., Danbolt, L.J., Kvigne, K. & Sørli, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0042-y>
- Wheeler, L.A. (2017). *Registered Nurses' Experience with Professional Courage*. Widener University, ProQuest