



Kompetanse i å berede grunnen for sjelesorgssamtalen

Elisabeth Mæland, sykepleier, Haraldsplass Diakonale sykehus

Elisabeth Mæland er adjunkt med fagene kristendom, religion og livssyn, pedagogikk og musikk. Hun er autorisert sykepleier og har arbeidet ved onkologisk avdeling og medisinsk avdeling. Elisabeth har også arbeidet som stipendiat ved Institutt for Sjelesorg, Modum Bad. Hun har vært medlem i KFSS siden 2004.

Tove Giske, stipendiat Diakonissehjemmets høyskole

Tove Giske er autorisert sykepleier og har arbeidet ved medisinsk avdeling. Siden 1985 har hun vært ansatt ved Diakonissehjemmets høyskole, siden 2004 som stipendiat. Hun arbeider med doktorgrad tilknyttet Seksjon for sykepleievitenskap UiB. Tove har vært med i KFSs siden starten i 1982 og hatt ulike verv. Hun har også vært med i NCFI Europakomiteen i 8 år og sittet i International Board NCFI 2000 – 2004.



Innledning

Denne artikkelen retter søkelyset på den prosessen sykepleieren og pasienten gjennomgår før den gode samtalen finner sted. Dette er et forarbeid som vi snakker lite om, men som ofte er avgjørende for at samtalen skal kunne finne stede. Kari Martinsen er opptatt av det sanselige i møtet mellom pasient og sykepleier og at deler av dette sansemøtet ofte er ubevisst og ordløst (Overgaard 2003)

Hostrup (2004) skriver om kontakt som en prosess i tre deler; førkontakt, fullkontakt og etterkontakt. Når vi blir oppmerksomme på at vi mangler noe, trenger noe eller ønsker noe, retter vi oppmerksomheten utover for å lete etter hvor vi kan få hjelp. Av og til kan det bare være en anelse, en uro som enda ikke er kledd i ord. Når vi er klar over hva vi ønsker eller trenger, er det

naturlig å vende seg mot andre mennesker som en tror eller håper kan hjelpe. I denne prosessen undersøker vi om det er mulig å få hjelp. Hvis menneskene rundt oss ser ut til å være interesserte og gir rom for at vi kan komme frem med det som ligger oss på hjertet, kan god kontakt opprettes. Når det så har vært en meningsfull utveksling mellom mennesker, trekker vi oss tilbake for å fordøye det som har skjedd.

Det er ikke vanskelig å tenke pasienter inn i denne prosessen. De har forhold de arbeider med og ser seg om etter mennesker de kan snakke med om dette. Men hvordan kan det skapes kontakt? Pasienter har mange fortellinger om hvordan de vurderer sykepleierne og andre der de leter etter de som de får tillit til og kan åpne seg for.

Førkontakt

Førkontakten settes i gang av indre uro, en uartikulert fornemmelse. Den er først svak og etter hvert mer påtrengende. Uroen leder til at vi aktivt søker etter noen som kan hjelpe oss. I denne søken vurderer vi hvilken tid og hvilket sted som kan gi gode rammer for videre kontakt. Det som her er skrevet om førkontakt passer best på en som har behov for hjelp, for eksempel pasienter. Men den som kan hjelpe, for eksempel sykepleieren trenger også å være var i førkontakt-fasen. For sykepleieren handler det om å være åpen, våken og var for pasientene og på den måten være med på å skape tid og rom der den god kontakt kan utvikle seg.

La oss stanse litt opp og spørre oss hva det er som gjør at noen sykepleiere er mer åpne, våkne og vare for pasienten sin opplevelse av



sin situasjon. Kari Martinsen hevder at vi alle sanser det samme, men at vi forstår det vi sanser forskjellig (Overgaard 2004). Det at vi forstår så forskjellig, fører til at vi også handler forskjellig i møte med den enkelte pasient. Det er en stor faglig utfordring å videreutvikle vår faglige bevisste forståelse i møte med pasienten slik at vi kommer nærmere og nærmere det som er pasienten sitt anliggende.

Fortellingen nedenfor viser hvordan sykepleieren kan tenke, forberede seg selv, åpne opp og vende seg mot pasienten for på best mulig måte å være klar til å møte pasienten der han er og ta imot det pasienten er opptatt av:

Jeg står i døra og kikker inn til deg. Du ligger i senga. Det har du gjort den siste uka. Du har ikke krefter. Du sover. Isolert på eget rom fordi immunforsvaret ditt ikke fungerer. Du er kreftsyk. Rundt senga di henger det poser fulle av intravenøs næring og væske. Jeg ser rynker i panna di og lurar på om du har behov for smertestillende.

Hvordan er det å være deg nå? Hvordan er det å være så syk? Hva kjenner du, hva tenker du? Orker du å tenke, har du krefter til det? Hva plager deg mest? Å være sliten, så uten krefter? Å ha så vondt, eller kvalmen som ikke slipper taket? Å oppleve at kroppen herjes med av cellegift, eller å være borte fra dine. Lurer du på om du vil klare dette? Hvis ikke, hva tenker du om det? Døden, har du tenkt på den?

Å skulle forlate livet, miste det... livet ditt... Hva har det vært for deg? Hva er det for deg? Hvem er du glad i, hva gjør deg glad, hva liker du, hva vil du, hva tror du på?

Hva kan jeg gjøre for deg, hva har du behov for nå?

Her står jeg i døra inn til deg. Det gjør noe med meg å stå her. Livet ditt forteller meg noe om hva livet er og hva det ikke er. Du sier meg noe om hva det er å være menneske; sårbart, avhengig og forgjengelig. Med kropp, følelser, tanker og lengsler. Du hører til noen, du er alene.

Når sykepleieren går inn i sykerommet der pasienten er, hun vendt mot han og blir med sin undring i stand til å ta imot det som er viktig for han. Det er her fagkunnskap, erfaring og skjønn hjelper oss til å vurdere hva som er viktig å ta tak i den enkelte situasjon. Den danske sykepleieforskeren Delmar (1999) kaller dette for situasjonsbestemt oppmerksomhet. Den situasjonsbestemte oppmerksomheten hjelper oss til å oppdage appellen om hjelp hos pasienten og til å hjelpe på en slik måte at pasientens handlingsrom blir større.

Pasient og sykepleier - behov for livsynsmessig avklaring

Som kristne sykepleiere er vi en del av kirkens diakonale virke i verden, og sjelesorgen er en del

av kirkens diakoni. Sjelesorgen har samtalen som sitt viktigste redskap. Mandatet vårt som sykepleiere er relatert til helse og som oftest er sykepleierens livssyn ikke åpent eller avklart for pasienten. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er også asymmetrisk og ujevn der pasienten er den sårbare og hjelpetrengende part i relasjonen. Det er derfor viktig at pasienten kjenner seg fri til å velge i forhold til det han trenger, for å unngå maktmissbruk i relasjonen. Mennesket er et åndsvesen og i møte med livets grensesituasjoner kommer de eksistensielle temaene og åndelige spørsmålene tydeligere fram i pasientens liv. Utfordringen for pasienten og sykepleieren blir derfor å tydeliggjøre det som er viktig for pasienten i relasjonen dem imellom. For at samtalen mellom sykepleier og pasient skal kunne utvikle seg til en sjelesorgssamtale må det vanligvis noen avklaringer til. Pasienten vet i utgangspunktet ikke noe om sykepleierens livssyn i kraft av at hun er sykepleier, og en slik avklaring må finne sted for at samtalen skal kunne utvikle seg videre. Forskning viser også at det er lettere for pasienten å komme fram med åndelige og eksistensielle tema dersom sykepleieren er tydelig på at det er rom for å samtale om dette (Mjølnerød 1997, Tønnessen 1999, Ueland 1997, 2002).

Dersom pasienten hadde bedt om en samtale med presten, visste han at han hadde bedt om å få snakke med en kristen. I ønske om en slik samtale ville det også ligge at pasienten var klar til samtale. Møtet mellom pasient og sykepleier er som oftest



annerledes enn sjelsorgssamtalen med presten. Sykepleieren er sammen med pasienten over tid og ser mange sider av livet hans. Mange ganger blir de godt kjent. Den praktiske pleien gir stor nærhet til pasienten og ofte innsikt i pasients sårbare sider. Sykepleieren er mer usensurert sammen med pasienten enn det presten er og hun ser ofte flere reaksjoner som regrediering, gråt og fortvilelse. Dette gir sykepleieren en annen tilgang til livet slik det er for pasienten. Hva er det da som skjer når pasienten ber om hjelp til å bli pyntet når han skal til samtale med presten? Er det en ytre handling som viser til en indre handling der pasienten samler seg for å samtale om noe viktig i livet sitt? Vi kan også undre oss over hvile fortellinger sykepleieren får og hvilke fortellinger presten får og hvordan de utfyller hverandre og er viktige for pasienten sin prosess. Vi trenger ulike rom og samtalerpartnere for å komme videre i livet.

Mulige innganger til sjelsorgssamtaler

Om vi går tilbake til Hostrup (2004), peker hun på at vi i førkontakten utveksler sosialt aksepterte ritualer med hverandre og at disse gir begge parter anledning til å undersøke hverandre nærmere. Ritualene er tilpasset den kulturen de skal fungere i. I helsevesenet har pasientene sine ritualer og sykepleierne sine. I den anonymiserte fortellingen nedenfor (bønnekluten) har sykepleieren og pasienten mer tid

sammen enn det som er vanlig på en travel avdeling. Om tiden er kort eller lang er utfordringen den samme, nemlig å være med på å legge til rette for at pasienten kan uttrykke det som ligger han på hjertet. I denne fortellingen går sykepleieren varsomt fram i møte med pasienten. Hun vet at pasienten er sårbar. Gradvis viser hun litt av seg selv og sin bakgrunn. Noe åpnes opp uten at integriteten til pasienten krenkes og et rom er skapt der pasienten får mulighet til å snakke om det han er opptatt av. I denne samtalen ble det som åpnet for at pasienten viste fram bønnekluten og kunne be om forbønn at sykepleieren fortalte at faren var prest. I andre samtaler er det andre forhold som kan gjøre sykepleieren mer tydelig for pasienten og dermed åpne opp for samtale om åndelige og eksistensielle tema.

Bønnekluten

Det var mandag igjen og en ny uke lå foran oss på kreftavdelingen. Nye pasienter var kommet og skulle behandles for sin sykdom. Denne uka skulle jeg ha ansvaret for en kvinne på 53. Hennes kreftsykdom var kommet langt og cellegiftkuren hun skulle få var det knyttet lite håp om helbredelse til.

Det er alltid spennende å åpne døra til rommet der pasienten jeg vet jeg skal ha mye med å gjøre ligger. Denne mandagen møter jeg en vakker, velstelt og forsiktig smilende kvinne godt gjemt under dyna. Jeg

ser hun er spent på hvem jeg er.

Fem dager går. Hver dag får hun en fire timer lang cellegiftkur og jeg må sitte hos henne for å se om hun tåler kuren. Det gjør hun og hver dag får vi god tid til å snakke sammen. Hun begynner med spørsmålene. Alt hun lurte på i forbindelse med sykdommen og behandlingen. Så må hun ha pauser. Lange pauser der vi bare er hos hverandre. Hun er sliten. Må hvile. Hun forteller om livet sitt. Hva hun har opplevd. Synes ikke hun har fått det til. Har ikke levd som hun ville. Kjenner seg ensom. Barna er travle. De to mennene hun har vært gift med har hun ikke kontakt med. Tårene kommer. Sorgen. Redselen. Alt hun skal miste. Alt hun hadde som hun ikke lenger har. Alt det ukjente som venter. Vi snakker om julen som nærmer seg. Jeg forteller at jeg skal reise over fjellet til mine foreldre på vestlandet der min far er prest.

Fredagen kommer og vi må ta avskjed. Hun skal hjem igjen. Jeg går mot døren for å hente en drosjerekvisisjon på vaktrommet. Hun spør om jeg har litt mer tid, "du skjønner, jeg har denne". Hun henter fram en hvit klut fra nattbordskuffen. "Denne fikk jeg tilsendt etter å ha sett et forbønnsprogram på TV og så lurte jeg på om du kunne be faren din om å huske på meg i julen?" "Ja det kan jeg. Og jeg kan også



huske på deg. Er du en kristen?" "Nei". "Hvorfor ikke?", spør jeg forsiktig. "Nei, du vet jo hvordan livet mitt har vært, hvordan jeg har levd. Men jeg tror på bønn".

Vi fortsatte samtalen en stund.

Møte med denne kvinnen lever fortsatt i meg. Hvorfor møter jeg så mange pasienter som tror kristendom er vellykkede liv?

Avslutning

I denne artikkelen har vi rettet søkelyset på noen forhold som er viktige for å berede grunnen for

mulige sjelesorgssamtaler. Sykepleierens våkne og sansende tilstedeværelse, der pasienten opplever at det er rom for samtale om livet slik det er, er grunnleggende for at dette kan skje. I denne relasjonen må sykepleieren hele tiden være seg bevisst asymmetrien i forholdet, slik at hennes rolle som hjelper ikke misbrukes. Sammenlignet med prestens rolle, må sykepleieren gå en annen vei med pasienten fordi hennes livsynsmessige ståsted i utgangspunktet ikke er kjent for pasienten.

Vi sanser likt, men forstår ulikt.

Den faglige utfordringen blir derfor å la seg selv utfordre av eksistensielle spørsmål i eget liv og arbeide med dem slik at vi bedre kan gjenkjenne og forstå disse i pasientens liv. For en

kristen sykepleier handler dette om å relatere eget liv til den kristne tro, der målet er at hele livet leves i lys av gudstroen

Litteratur

Delmar C. (1999) Tillit og makt. En morlask utfordring. København: Munksgaard.

Hostrup H. (2004) Tæft, tritt og retning. Parforhold og parterapi. København: Hans Reitzels Forlag.

Mjølnærød H. (1997) Pasientens åndelige/eksistensielle dimensjon. Publikasjonsserie nr. 32. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitete i Oslo.

Overgaard, A.E. (2003) Åndelig omsorg – en lærebok. København: Nyt Nordsisk Forlag Arnold Busck.

Tønnessen S. (1999) Gud og døden snakker vi ikke om. Hvordan imøtekommer sykepleiere pasientens åndelige behov? Publikasjonsserie nr. 7. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitete i Oslo.

Ueland V. (1997) Kommunikativ kompetanse. En beskrivelse av sykepleierens handlingsrettede kompetanse i å samtale om åndelige og eksistensielle spørsmål med kreftpasienter som har kort forventet levetid. Publikasjonsserie nr. 28. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitete i Oslo.

Ueland V. (2002) Sykepleieren og den åndelige/eksistensielle samtalen. Hvordan kan vi konkret samtale med pasienten? Kreftsykepleie nr. 3, s.11-19.