

# Trøstens stille stemme i helsesykepleiekonsultasjoner

Anne Clancy og Hilde Laholt

Anne Clancy, Norges arktiske universitet, [anne.clancy@uit.no](mailto:anne.clancy@uit.no)

Hilde Laholt, Norges arktiske universitet

## Sammendrag

*Å gi trøst er en integrert del av sykepleie, og å få trøst er et grunnleggende menneskelig behov. I dette vitenskapelige essayet ser vi nærmere på hvordan fenomenet trøst kommer til uttrykk i norsk helsesykepleiepraksis. Helsesykepleiere i Norge yter ikke pleietjenester, men tilbyr helsefremmende og forebyggende helsetjenester til barn og unge mellom 0 og 20 år. Deres omsorgspraksis har blitt beskrevet som usynlig. Hensikten med artikkelen er å utforske hvordan trøst kommer til uttrykk i helsesykepleiekonsultasjoner på helsestasjon for barn og ungdom og i skolehelsetjenesten. Eksempler fra empirisk forskning er utgangspunktet for refleksjonene og tolkningen. Levinas filosofi bidrar til å forstå trøst som en respons til et annet menneskets sårbarhet. Tolkingsprosessen har vist at det å snakke med, berøre og lytte til kan være en trøst når helsesykepleieren er oppriktig og viser at hun bryr seg med sin personlige og profesjonelle tilstedeværelse.*

## Nøkkelord

*Trøst, helsesykepleie, helsesykepleiekonsultasjoner, Levinas*

## Fagfellevurdert vitenskapelig essay

-

## **Trøstens stille stemme i helsesykepleiekonsultasjoner**

Det er få studier som ser nærmere på omsorgsdimensjonen i helsesykepleiers praksis. Å utforske hvordan helsesykepleieren gir støtte og trøst, kan gi en bedre forståelse av en taus dimensjon ved helsesykepleiefaglig omsorg. Helsesykepleiere i Norge har i sitt mandat at de skal fremme helse og forebygge sykdommer og skader hos barn (0–20 år) og deres familier (Helsedirektoratet, 2017). De yter universelle tjenester på helsestasjoner for barn mellom 0 og 5 år og deres foresatte. Barnets helse og velferd står i sentrum og er et felles mål for både helsesykepleieren og foreldrene. Skolehelsetjenesten er en videreføring av helsestasjonstilbudet, og helsesykepleiere gir et tilbud om screening- og veiledningstjenester for elever og foreldre ved grunnskoler og videregående skoler og ved helsestasjon for ungdom. Helsesykepleietjenester innebærer ikke pleie eller behandling. Det er en helsefremmende tjeneste for å støtte barn, unge og foreldre i å takle hverdagslivets utfordringer.

Omsorg i denne sykepleiepraksisen er blitt beskrevet som usynlig (Clancy, 2010; Clancy, 2012a; Schaffer et al., 2015). Omsorg har vært nært knyttet opp mot pleie. Det finnes lite forskning på hvordan helsesykepleiere støtter og gir omsorg til foreldre, barn og unge (Clancy, 2012a). Clancy (2010) fremmer en forståelse av helsesykepleie som en relasjonell omsorgspraksis som involverer emosjonell støtte i hverdagslige sammenhenger. For å forstå mer om hva omsorg kan være i helsesykepleie, er det behov for å se nærmere på hvordan helsesykepleiere gir støtte og trøst. Levinas filosofi danner grunnlaget for refleksjoner over hvordan trøst kan komme til uttrykk i helsesykepleiekonsultasjoner.

### ***Helsesykepleiekonsultasjoner***

Mange helsesykepleiekonsultasjoner ved lokale helsestasjoner og skolehelsetjenester skjer rutinemessig. Andre kommer i tillegg til det oppsatte programmet. Rammene for de rutinemessige konsultasjonene er vedtatt, og helsesykepleieren må følge faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017). Helsesykepleieren engasjerer seg i barnet, ungdommen eller forelderen, og besøket kan være kort og utføres med teknisk rasjonalitet. Noen konsultasjoner innebærer å gi konkrete råd, en vaksine, hørselstest eller en annen tjeneste. Andre konsultasjoner tar lengre tid og kan innebære at helsesykepleieren må sette seg inn i den andres liv og lytte til denne personens erfaringer. Den unge voksne eller forelderen kan dele opplevelser om utfordringer og formidle følelser av tristhet, ensomhet eller angst. De kan ha behov for trøst og støtte. Ved å dele opplevelser og erfaringer viser de sin sårbarhet. Til tross for sin profesjonelle rolle og maktposisjon kan helsesykepleieren også føle seg sårbar, usikker og alene (Clancy & Svensson, 2007). «Ufullkommenhet og sårbarhet har mennesker til felles» (Clancy, 2012b, s. 65). Når helsesykepleieren viser egen sårbarhet, fremstår hun som medmenneske. Lermeyer (2021) beskriver hvordan våre livsverdener smelter sammen når vi er

åpne overfor hverandre og deler erfaringer. Denne sammensmelting er imidlertid ikke fullstendig. Vi kan få kunnskap om et annet mennesket og dele erfaringer, men det vil alltid være noe fremmed i relasjonen, noe som gir motstand og som vi ikke forstår. Det er appellen i den andres ansikt som formaner oss til ansvar, men som også setter grenser for vår involvering (Clancy, 2012b). Helsesykepleieren kan oppleve ensomhet og usikkerhet i ansvarsforhold på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Det er det etiske ansvarets natur. Vi er og forblir ensomme i vårt ansvar for andre (Levinas, 1991). Levinas (1984) skriver om den doble maktasymmetrien i relasjoner. Asymmetrien i maktforhold i helsevesenet gir en forståelse av den profesjonelle i en opphøyet makt posisjon. Den doble maktasymmetrien anerkjenner at helsesykepleieren har makt som profesjonsutøver, men kan samtidig føle seg maktesløs (Clancy & Svensson, 2007). Etisk ansvar kan beskrives som å være både fanget og fri, ansvarlig vokter og passiv gissel (Clancy, 2012b). Helsesykepleieren kan ikke alltid være forberedt på hvordan barn, ungdommer eller foreldre vil reagere på hennes tilnærming. Hennes ansvar kan innebære tilfredsstillelsen av å hjelpe andre, men også frykten, bekymringen og usikkerheten for det uforutsigbare (Clancy & Svensson, 2007). Opplevelsen av personlig moralsk ansvar i krevende møter kan være overveldende, og det etiske ansvaret oppleves som grenseløst (Clancy & Svensson, 2007). Levinas filosofi gir ikke løsninger på hvordan vi skal håndtere ansvaret, men minner oss på betydningen av å være der for andre og akseptere vår menneskelighet og tilkortkommenhet.

Helsesykepleieren utfører screeningsundersøkelser og immunisering på helsestasjonen. Disse prosedyrene krever fysisk kontakt med babyer og barn i tillegg til støttende samtaler med foresatte. På skolen har helsesøsteren ansvar for å vaksinere elever, gjennomføre screeningprosedyrer og delta i individuelle og gruppevise helsedialoger.

En kyndig helsesykepleier vil oppleve at det er uproblematisk å utføre de tekniske oppgavene, men å ivareta et annet menneske i sin sårbarhet krever noe mer enn teknisk rasjonalitet. Helsesykepleieren må prøve seg frem for å fornemme hva som er det rette å gjøre i situasjonen. Hun må være lydhør for det andre menneskets ønsker og behov for hennes involvering. Levinas (1969) skriver om ansiktets appell. Levinas mener ikke nødvendigvis det vi betegner som et ansikt; det er en metafor for vår sårbarhet og avhengighet. Sårbarheten kan vise seg gjennom kroppslige uttrykk. Clancy & Svensson (2007, s. 359) har skrevet at appellen om å bli tatt vare på, kan komme til uttrykk i kroppslige uttrykk som «leppebevegelsene til det diende spedbarnet, den uryddige sveisen til tenåringsen og det slitne, men fornøyde ansiktet til en ammende mor». Appellen om å bli møtt og forstått krever respons. Responsen fra helsesykepleieren kan være umiddelbar og spontan eller langsom og veloverveid. En moralsk respons innebærer å ta imot den andre personen og anerkjenne dennes behov. Levinas (1969) skriver om å ønske et annet menneske velkommen i all sin annerledeshet. Hvordan helsesykepleieren responderer og

hvordan hun trøster, vil avhenge av hennes tolkning av situasjonen, kliniske skjønn og moralske kompass.

### ***En forståelseshorison***

Hvordan kan trøst komme til syne i hverdagsmøter mellom helsesykepleiere og barn, unge og foreldre? Epistemologi er læren om viten og typer kunnskap som anses som relevante for et praksisfelt (Reed, 2018). Hvorfor er fenomenet trøst interessant for helsesykepleiepraksis? Ifølge Pinto et al. (2017) kan en økt forståelse av trøst som fenomen bidra til å fremme sykepleiekunnskap (Pinto et al., 2017). Første- og andreforfatterens mangeårige arbeid som helsesykepleiere gir tilgang til erfaringer fra helsesykepleiepraksis. Vi har valgt å ta utgangspunkt i empiriske eksempler fra observasjons- og intervjustudier som førsteforfatteren har gjennomført. Primærstudiene (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a) som omtales i teksten, fokuserer på intervju- og observasjonsdata fra helsesykepleieres møter med foreldre og unge ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Det er foretatt dybdeintervjuer av syv ungdommer, åtte foreldre og åtte helsesykepleiere samt observasjoner av tolv konsultasjoner. Formålet med forskningen var å få kunnskap om hvordan helsesykepleiekunnskap kommer til uttrykk i vanlige helsesykepleiekonsultasjoner. Hermeneutikk handler om tolkning og forståelse og innebærer å se på delene for å forstå helheten (Gadamer, 2004). Tolkingsprosessen i denne artikkelen krevde en gjennomgang av de publiserte studiene med et nytt blikk for å se om de aktuelle studiene kunne fremme en dypere forståelse av hvordan trøst kan komme til uttrykk i helsesykepleiekonsultasjoner. Vi ser nærmere på hvordan helsesykepleiere gir emosjonell støtte og oppmuntring gjennom å tale, lytte og berøre. De publiserte kvalitative studiene har fått etisk godkjenning og er tilgjengelige for videre gransking (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a). Selv om studiene ble publisert i 2010–2012, har de fortsatt relevans. Helsesykepleiernes relasjonelle praksis på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten er ikke endret. Alle helsesykepleierne i de publiserte studiene var kvinner, og derfor refererer vi kun til hun/henne i teksten.

Studiene viste at helsesykepleieren hadde en personlig og profesjonell tilnærming med søkelys på hverdagslige problemstillinger. Forskningen fra 2012 fokuserte på det observerbare i situasjonen. Studien hadde sine begrensninger; observasjon av adferd avspeiler ikke alltid hensikten eller innsikt i helsesykepleiefaglige omsorg. Å se nærmere på trøstens uttrykk kan fremme en forståelse av helsesykepleiefaglige omsorg.

### **Fenomenet trøst**

Begrepet «trøste» kommer fra det latinske «*confortare*», som betyr «å bli sterk, trøste eller oppmuntre» (Pinto et al., 2017). Å gi trøst har alltid vært en viktig del av sykepleie. Følgende ordtak fra 1800-tallet, «Cure sometimes, relieve often,

comfort always», (Trudeau, 2014) illustrerer hvor grunnleggende trøst er i omsorgsmøter. Trøst er en form for omsorg som handler om å fremme mot og styrke ved å gi emosjonell støtte (Morse, 2000; Kolcaba, 1994; 2001; 2003). Fenomenet trøst har blitt utforsket av flere sykepleieforskere, og det finnes sykepleieteorier om trøst (Morse, 2000; Kolcaba, 1994; 2001; 2003). Trøst har blitt beskrevet som et resultat av sykepleie, en funksjon av sykepleie, et grunnleggende menneskelig behov og en prosess; det er imidlertid ikke funnet samsvar i meninger og holdninger, og det finnes ulike definisjoner i litteraturen (Malinowski & Stamler, 2002). Trøst kan være både et mål og en strategi for å lindre smerte (McIllveen & Morse, 1995). En litteraturstudie viser at for at et menneske skal oppleve å få trøst, må tilnærmingen være personlig og tilpasset situasjonen (Wensley et al., 2017). Kolcaba (2003) skriver at å fremme styrke og mot kan beskrives som dimensjoner av trøst, og Morse (1983; 1992; 2000) identifiserer å tale, berøre og lytte som trøstende tilnærminger som er egnet til å gi emosjonell støtte og oppmuntring. Levinas (2001) beskriver ikke trøstende strategier eller fremgangsmåter. Han skriver imidlertid om et etisk ansvar for å skape et ivaretagende rom. Levinas' etikk er relevant i helsesykepleierpraksis, siden den sier noe om vår moralske respons på den andre personens sårbarhet (Levinas, 1969). Sykepleierens yrkesetiske grunnlag presiserer dette ansvaret ved å vise respekt for enkeltmennesker og deres iboende verdighet (Norsk Sykepleier Forbund, 2022).

### ***Trøstens uttrykk***

Forskning har identifisert at det å  *snakke, berøre og lytte til* kan være til trøst (Morse, 1983; 1992). Vi diskuterer de empiriske eksemplene fra forskning under følgende to overskrifter: *Å berøre og bli berørt* og *Å snakke med og lytte til*. I teksten presenterer vi dem adskilt, men i praksis vil det være et kunstig skille; disse tilnærmingene går over i hverandre og er umulig å skille.

### ***Å berøre og bli berørt***

Berøring kan være fysisk – en taktil handling og opplevelse. Det kan kommunisere tilstedeværelse og være en påminnelse til et annet menneske om at hun ikke er alene. Helsesykepleiere berører i forbindelse med prosedyrer. Denne berøringen kan være relatert til konkrete oppgaver som vaksinasjoner og screeningsundersøkelser. En oppgaveorientert berøring kan betegnes som prosessuell (Fredriksson, 1999). Berøring i norske helsesykepleieres praksis er ikke relatert til pleie av syke pasienter, som sårstell og lindrende behandling. Helsesykepleieren er «hands on» når hun undersøker babyer og gjennomfører prosedyrer på helsestasjonen. Hun løfter og holder babyene og kjenner varmen fra de små kroppene mens hun samtidig kjenner på deres muskeltonus og får et inntrykk av interaksjonen og samspillet. Hun etablerer øyekontakt og ser hvordan de responderer. Hun observerer også hvordan de samhandler med foreldrene sine.

Helsesykepleierens berøring kan trøste babyene og kommunisere at de er trygge og blir tatt vare på. Den har samtidig en tydelig hensikt. Når hun undersøker de minste, kan hun se om de er på et tilfredsstillende utviklingsnivå. Denne samhandlingen kan også avsløre avvik. Når helsesykepleieren samhandler med et lite barn, gjør hun mer enn å undersøke det. Hun berører babyen på samme måte som hun selv kan bli berørt av babyens sårbarhet og avhengighet (Lemermyer, 2021). Hun er engasjert til stede og gir uttrykk for denne tilstedeværelsen gjennom småprat og forsiktig berøring. Hun responderer på et lite menneskes uttrykk. De små kan igjen respondere på hennes tilnærming på sin måte med et tannløst smil eller en hikstende latter. De viser tillit ved å gripe brillene hennes og rive dem av. De kan også respondere med usikkerhet, som blir tydelig i deres ansiktsuttrykk gjennom en engstelig trutmunn eller gråteanfall. Helsesykepleieren fornemmer når det er best at foreldrene overtar og trøster barnet.

Observasjoner på helsestasjonen illustrerer hvordan helsesykepleieren utfører prosedyrer som vaksinasjoner og screeningundersøkelser (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a). Studiene (Clancy & Svensson, 2010; Clancy 2012a) går ikke i detalj om berøring eller fysisk kontakt. Berøring er en lite omtalt del av helsesykepleie som er tatt for gitt. Små barn og babyer er sårbare og avhengige av fysisk berøring og omsorg. De løftes, stelles, bæres og trøstes. Dette er forventede og nødvendige hverdagslige hendelser. Fysisk berøring av barn på helsestasjonen er ofte spontan, og dens betydning kan lett overses eller misforstås. Intervjuer med helsesykepleiere (Clancy, 2012b) viste at deres observerbare oppførsel ikke avslørte alt. Å undersøke en baby hadde ikke bare en bestemt hensikt knyttet til utviklingsscreening. Det kunne også innebære et helt annet motiv. En helsesykepleier fortalte at det å ta på og holde barnet også var en form for kommunikasjon. Hun sa: *Jeg tilbringer tid med barnet, etablerer kontakt, på en måte, jobber med foreldrene, involverer dem og anerkjenner deres innsats* (Clancy & Svensson, 2010). Sykepleieren kommuniserer med foreldrene gjennom å berøre barnet. Hennes intensjon kan være prosessuell eller kommunikativ eller begge deler. Når hun utfører oppgaven med en omsorgsfull tilnærming, kan det trøste både barnet og foreldrene. Helsesykepleieren kan holde og trøste barnet etter en vaksinasjon. En hensynsfull, ivaretagende tilnærming kan signalisere respekt og omsorg. En helsesykepleier har imidlertid ingen garanti for at hennes innsats vil bli anerkjent, forstått eller verdsatt. Når hun løfter eller undersøker babyen, kan hun vise vei og være en modell for foreldrene med bakgrunn i hennes kunnskap og erfaring om en forventet, normal utvikling (Clancy & Svensson, 2010). Hennes omsorgsfulle berøring og oppmuntrende kommentarer kan vekke tillit og være en trøst for bekymrede foreldre.

Helsesykepleieren møter foreldre og barn over tid. Det gir kontinuitet og legger til rette for at hun kan fortsette der hun slapp ved forrige besøk. Foreldrene vet at hun

er der som en mulig hjelper dersom behovet skulle melde seg (Clancy & Svensson, 2010).

Kommunikativ berøring kan være en trygg hånd som klemmer for å berolige og stabilisere armen i forbindelse med vaksinerings. For en elev som gruer seg til en vaksine, kan en trygg hånd trøste. Den kan formidle at helsesykepleieren forstår og anerkjenner elevens frykt. En stødig hand kan samtidig formidle trygghet og vise at sykepleieren er kompetent og har kontroll over situasjonen. En flyktig berøring kan også formidle trøst. Det kan være en avskjedsgest – en hånd som dveler et halvt sekund lenger enn et rutinepreget kulturelt betinget håndtrykk (Clancy, 2011). En slik berøring kan være en bekreftelse på at personen er sett og forstått. Det er illustrert i følgende sitat: «Ydmykhet over å bli inkludert i hans livshistorie fikk meg til å føle at jeg skyldte ham noe: et smil, et blikk, en berøring» (Clancy, 2011, s. 117).

Å bli berørt er å ta innover seg et annet menneskes sårbarhet. Levinas (1994) skriver om hvordan medfølelse og involvering kan formidle omsorg, engasjement og sensitivitet (Lavoie et al., 2006). Helsesykepleiere blir berørt, bekymrer seg, uttrykker lojalitet og er fleksible, og de gir emosjonell støtte når det trengs (Clancy & Svensson, 2007). Levinas (1969) skriver om ansvar som medfølelse og kaller det *substitusjon*: evnen til å sette seg inn i et annet menneskes opplevelser for å prøve å forstå hvordan de har det, for så å prøve å trøste dem (Levinas, 1969). Å trøste et annet menneske krever moralsk tilstedeværelse, sensitivitet og et engasjement som er personlig og kontekstuel.

Berøring kan oppleves som trygt, men det kan også tolkes som invaderende og føre til tilbaketrekning. Dette kan være tilfellet når helsesykepleieren setter inn en spiral på en engstelig tenåring. Helsesykepleieren vil være opptatt av å gjennomføre prosedyren på en forsvarlig måte. Prosedyren kan oppleves som ubehagelig, selv om den er ønsket og intensjonen er god. Helsesykepleieren må gjøre sitt beste for å gjennomføre prosedyren på en ivaretagende måte.

En negativ respons kan også oppstå når helsesykepleieren kommuniserer forståelse gjennom en uønsket berøring uten å ta hensyn til den andre personens grenser. Da kan berøringen tolkes som invaderende. Det kan skje når en tenåring med kjærlighetssorg eller en bekymret og stresset forelder trenger fysisk avstand, og helsesykepleieren ikke fornemmer deres personlige rom. Levinas (1969) skriver at åpenhet og oppmerksomhet på den andres sårbarhet kan forhindre slike krenkende handlinger. En følsom, oppmerksom helsesykepleier tar seg tid til å fornemme det som står på spill, og utfører prosedyrer i tråd med den andre personens ønsker (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a). Hun vil ikke alltid lykkes i forsøket på en omsorgsfull tilnærming. Med sitt kliniske blikk kan hun finne ut hvordan hun best kan trøste skrikende babyer og opprørte barn, eller hvordan hun kan trøste

usikre ungdommer og trygge bekymrede foreldre. Det er viktig å finne balansen mellom åpenhet og grenser og mellom nærhet og distanse (Martinsen, 2006).

### ***Å snakke med og lytte til***

Refleksjoner over de empiriske eksemplene (Clancy & Svensson 2010, Clancy, 2012a), der helsesykepleiere, foreldre, barn og unge deler erfaringer fra helsestasjonen, illustrerer at helsesykepleieren kan gi viktig støtte til familier. Foreldrene fortalte om hvordan helsesykepleieren ga dem emosjonell støtte og oppmuntring, og hvordan det fremmet en følelse av trygghet i rollen som foreldre (Clancy & Svensson, 2010). Helsesykepleierne snakket om hvor viktig det er at foreldre skal føle seg ivaretatt. En mor nevnte den intime relasjonen mellom mor og barn og mors behov for oppmuntring og støtte. Hun snakket om betydningen av å ha en kunnskapsrik profesjonell fagperson å snakke med og ha et godt forhold til helsesykepleieren:

*Hun (helsesykepleieren) viser meg hele tiden at han er normal [...]: Jeg føler meg veldig trygg, og det er hyggelig å bli kontinuerlig fulgt opp med barnet vårt. Midt i livet er han den viktigste delen av livene våre (Clancy & Svensson, 2010. s. 368).*

En far snakket om betydningen av en god dialog og en opplevelse av trygghet. Helsesykepleieren på sin side snakket om å ha respekt og vise foreldrene at hun brydde seg om dem. «Det er det jeg føler inni meg; at de på en måte skal føle seg ivaretatt, det er egentlig målet mitt» (Clancy & Svensson, 2010. s. 369). Å oppleve trygghet og kontinuitet var en støtte til foreldrene, og det var viktig for helsesykepleieren å vite at de følte seg trygge. Helsesykepleieren sa at hun følte seg veldig ydmyk når foreldre stolte nok på henne til å dele intime detaljer om familielivet. Hun var oppmerksom på skjørheten i disse relasjonene og tok ikke forholdet til foreldrene eller ungdommene for gitt. Kontinuitet i møter over tid kan øke forståelsen for den enkeltes særegne behov og muliggjør tilpasset ivaretagelse (Clancy, 2012a). Denne kontinuiteten er ikke en fysisk tilstedeværelse, men mer en mulighet, et tilbud om hjelp hvis behovet melder seg.

Ungdommene ble intervjuet om hvordan de mente at helsesykepleieren bidro til å fremme deres helse og velvære (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a). De fortalte om hvordan hun hjalp dem til å komme videre når de hadde problemer, ved å lytte og gi råd. Betydningen av en oppmerksom helsesykepleier ble uttrykt av en tenåringsgutt ved helsestasjon for ungdom:

*Jeg liker å ha noen å snakke med; det er mange ting som skjer i livet mitt for tiden. For å si det slik; Jeg er fornøyd, jeg får snakke om det som plager meg, og de er interesserte, de sitter ikke bare der og nikker (Clancy & Svensson, 2010. s. 369).*



Helsesykepleieren lytter og gir råd. Hun kan velge å stå på sidelinjen og erobre situasjonen med en forutbestemt rasjonalitet. Hun kan gi råd, dele informasjon og ha et bestemt formål med samtalen. En relasjonell tilstedeværelse krever noe mer. Etikk er grunnleggende og er ikke en kommunikasjonsteknikk som kan legges til en konsultasjon. I følge Levinas (1969) er å lytte mer enn å høre ord og forstå utsagn. Helsesykepleieren må være lydhør og vise interesse og nærvær. Genuin lytting muliggjør en etisk respons (Lipari, 2012). Det innebærer en relasjonell bevegelse mot den andre personen med utgangspunkt i deres behov (Levinas, 1984). Det krever involvering å skape et trygt rom der ungdommen kan føle seg hjemme. Å la seg bevege av andres fortellinger innebærer å stige ned i situasjonens uryddighet og la seg berøre. Det kan sammenlignes med å forlate betrakterposisjonen ved elvebredden og bevege seg ut i vannet og være forberedt på å bli våt. Helsesykepleiere bruker verbal interaksjon for å oppmuntre og gi råd; de må være åpne for elevenes fortellinger og være oppmerksomme på hva de ønsker å snakke om (Golsäter et al., 2011). Tenåringen innså at genuin interesse krever mer enn et nikk. Han besøkte helsesykepleiere regelmessig, både på skolen og på helsestasjon for ungdom. På spørsmål om hvordan disse hjalp ham, svarte han: «De gjør ingenting som sådan, det føles bare godt å snakke og få ting ut av hodet mitt; det er vanskelig å holde ting for meg selv» (Clancy & Svensson, 2010). På spørsmål om hva helsesykepleierens intensjoner var, svarte hun kort: «Ja, at de kan bli, jeg vet ikke, hjulpet på vei, jeg tror ikke jeg kan si mer enn det» (Clancy & Svensson, 2010. p.369). Å sette ord på intensjoner og anvendte strategier er ikke alltid lett for en reflektert praktiker. Kunnskapen er internalisert og ofte taus. I følge Levinas (1969) er etikken forut for kunnskapen og språket kommer til kort i å beskrive relasjonsetiske forhold.

Gutten sa at det var godt å snakke med helsesykepleiere, men han kunne ikke utdype mer om hvordan de hjalp. Helsesykepleieren som uttalte seg, hadde også problemer med å beskrive sin støttende rolle. Helsesykepleieren var erfaren, og hennes respons kan tolkes som et uttrykk for en erfaren utøvers tause kunnskap. Levinas (2001) skriver at godhet oppstår fra en relasjonell respons som er umulig å organisere og kategorisere. Godhet som sådan lar seg ikke standardisere, noe som kan være årsaken til at ord ofte kommer til kort når man forsøker å beskrive fremgangsmåter som avslører dybden og kompleksiteten i omsorgsmøter. Å uttrykke og omtale sin egen sårbarhet kan også være krevende; sårbarheten kan komme til uttrykk som en forsiktig hviskende stemme eller være helt taus (Levinas, 1991). Disse forholdene gjør at det kan være vanskelig å sette ord på det som skjer i omsorgsmøter. Det er ofte bare forståelig for dem som har vært til stede i situasjonen (Clancy & Svensson, 2007), men selv deltakerne kan ha problemer med å sette ord på hendelsen.

Det kan være lett å beskrive uttrykk for trøst, ubehag eller frykt når de formidles verbalt eller er synlige gjennom kroppsspråk. En ung jente som skadet seg selv, hadde synlige arr på armene sine – fysiske bevis på at hun led. Hun fortalte at det

betydde mye å snakke med helsesykepleieren. Hun hadde gått til henne i mange år og følte seg anerkjent og forstått. Observasjoner av møtet mellom henne og helsesykepleieren viste at helsesykepleieren ledet an i samtalen om hendelser i livet hennes. Kontinuitet over tid gjorde ord overflødig, både helsesykepleieren og jenta hadde felles forståelse av hva som sto på spill. Atmosfæren var rolig og lavmælt; jenta fortalte historier, og helsesykepleieren oppmuntret henne og lyttet (Clancy, 2012a). Helsesykepleieren prøvde å gi mening til den unge jentas humørsvingninger:

*Helsesykepleier: Det kan være noe du sliter med som påvirker humøret ditt [...]. Du må bygge opp selvtilliten din. Du må tro at du er god nok, faktisk veldig god.*

*Ungjente: At det ikke er så ille som jeg tror.*

*Helsesykepleier: Ja, det er som det er, du må innse at du er en flott ungdom (Clancy, 2012b, s. 2560).*

Helsesykepleierens ord kan beskrives som forklarende og formanende, men førsteforfatterens tilstedeværelse på konsultasjonen avslørte også hvordan helsesykepleieren utviste varhet og forsiktighet i tilnærmingen.

I situasjonen om jenta som skadet seg selv og i de andre konsultasjonene, var det helsesykepleierens genuine engasjement som gjorde inntrykk på de unge. Ungdommene i studien (Clancy & Svensson, 2010; Clancy, 2012a) kunne ikke sette ord på hva helsesykepleieren faktisk gjorde for å hjelpe dem. Det at hun var der for dem, var det som virkelig betydde noe. Ungdommene visste at hun var interessert i deres fortellinger og oppmerksom på deres behov. Oppmerksomhet krever tilstedeværelse og innebærer en genuin opptatthet av å ønske den andre velkommen (Levinas, 1991). Det kan oppsummeres gjennom uttrykket «Her er jeg» (Levinas, 1984, s. 109) i betydningen «Hva kan jeg gjøre for deg?» (1991). En helsesykepleier kan ikke vite eller forstå alt som foregår i andres liv. Et annet menneske er et mysterium for oss (Levinas, 1984), og vi må akseptere og anerkjenne deres annerledeshet (Levinas, 1969). Sykepleiere er oppmuntret til å gi helhetlig omsorg. Levinas (1984; 1969) minner oss om at det ikke er mulig å få et helhetlig blikk og ha oversikt over andres liv. Levinas uttaler at det er viktig å bruke sansene våre for å fornemme skjøre uttrykk, og at ansiktet som uttrykk for sårbarhet kan si mer enn ord (Levinas, 1991).

Observasjoner ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten viste at selv om sensitive saker ble diskutert, var det ingen tegn på klossethet, forlegenhet, sensasjon eller dramatikk i konsultasjonene. Det kan tolkes som at helsesykepleieren bidro til å skape en rolig stemning og hverdagslig normalitet.

Mangel på ytre målbare handlinger kan gi en forenklet forståelse av hva som skjer i helsesykepleierens konsultasjoner. Det tause uttrykket i sårbare møter kan misforstås, og mangel på handling kan bli tolket som profesjonell passivitet (Jankunis et al., 2021). Denne tolkningen tilslører kunnskapen og kompleksiteten i situasjonen. Den overser prosesser som moralske resonnement og tause, men likevel bevisste uttrykk for profesjonell sykepleie. Sykepleiere er ikke bare fysisk til stede; de er, med Greens (2012) ord, også eksistensielt til stede, og deres hensikt er å hjelpe mennesker. Lykkeslet og Gjengedal (2006) skriver om *væren* og *gjøeren* som dimensjoner ved sykepleiepraksis og hvordan betydningen av *å være til stede* lett blir oversett. Ifølge Levinas (1969) er tilstedeværelse alene ikke tilstrekkelig (Lavoie et al., 2006). Etisk ansvar innebærer «å være der for» et annet menneske.

## Begrensinger

Det er gjort lite forskning på grunnfenomener i helsesykepleierens praksis. Covid-19-restriksjoner har begrenset tilgangen til å gjennomføre ny empirisk forskning. Refleksjon over empiriske eksempler fra publiserte studier har imidlertid skapt en dypere forståelse av hvordan trøst kan komme til uttrykk i helsesykepleierens praksis. Hensikten med denne teksten var ikke å slå fast hva trøst er, men å se nærmere på hvordan fenomenet trøst kan komme til uttrykk i helsesykepleiekonsultasjoner. Det tas utgangspunkt i førsteforfatterens egen forskning. Det kan hevdes at artikkelen presenterer et ensidig positivt syn på forståelsesfulle helsesykepleiere som trøster. Foreldrene og ungdommene i de publiserte studiene hadde ikke noe negativt å si om helsesykepleierne. Helsesykepleierne i primærstudiene innrømmet imidlertid at de ikke alltid klarte å være så støttende som de ønsket (Clancy & Svensson, 2012a).

Forfatterens refleksjoner rundt trøst i en helsefremmende sykepleiepraksis er ikke uttømmende. Teksten kan sees på som et utgangspunkt og en utforskende studie som kan skape interesse for nye studier om andre dimensjoner av omsorg i helsesykepleie.

## Avsluttende bemerkninger

Trøst i helsesykepleiers praksis er en form for omsorg som fremmer mot og styrke ved å gi emosjonell støtte. Å berøre, snakke eller lytte til, enten det er utført i forbindelse med en prosedyre eller for å formidle trygghet, kan være til trøst og resultere i et omsorgsfullt møte. Refleksjon over empiriske eksempler har vist at oppmerksomt nærvær og genuint engasjement er essensielt for at det skal oppleves som ekte omsorg. Kjernen i eksistensiell sykepleie innbefatter vår «væren i verden». Helsesykepleiere deltar ikke i pleien. Omsorg i helsesykepleien formidles gjennom tilstedeværelse og faglig situasjonsforståelse. Det kan innebære å hjelpe og støtte en ungdom eller forelder til å ta i bruk egne ressurser og finne sin egen vei. Med denne tilnærmingen viser hun respekt for deres valg ut fra hennes

begrensede kunnskap om deres liv. Genuin medfølelse kan berolige, gi trygghet og fremme velvære.

Ved å se nærmere på hvordan trøst kan komme til uttrykk i helsesykepleiekonsultasjoner har vi fått verdifull innsikt i en ofte taus dimensjon av helsesykepleierens praksis. Helsesykepleie er en relasjonell praksis, og en omsorgsfull tilnærming er en forutsetning for å fremme helse og velbefinnende. Omsorg viser seg i måten helsesykepleierne forholder seg til andre mennesker på. Det er ikke lett å sette ord på trøstens uttrykk. Å snakke med, lytte til og berøre kan oppleves som emosjonell støtte og trøst, men bare når disse aktivitetene utføres med engasjert tilstedeværelse og genuin medfølelse.

## Litteratur

- Clancy, A. & Svensson, T. (2007). 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nursing Philosophy*, 8(3), 158–166. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00311.x>.
- Clancy, A. (2010) Perceptions of public health nursing practice- on borders and boundaries, visibility and voice. Doktorgradsavhandling, NHV Rapport 2010.
- Clancy, A. (2011). An embodied response: Ethics and the nurse researcher. *Nursing Ethics*, 18(1), 112-121. <https://doi.org/10.1177/0969733010385531>
- Clancy, A. & Svensson, T. (2010) Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development* 11(04), 363-373. <https://doi.org/10.1017/S1463423610000137>
- Clancy, A. (2012a) The ceremonial order of public health nursing consultations: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 21(17-18), 2555-2566. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04024.x>
- Clancy, A. (2012b). I R. Thorsen, K.S. Mæhre & K. Martinsen (Red.) *Dybden i et helsesøstermøte. Fortellinger om etikk* (s. 63-83). Bergen. Fagbokforlaget.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: A research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167–1176. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x>
- Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and Method*. (2. utg., J. Weinsheimer & DG Marshall, overs.). Continuum. (Originalverk publisert 1960).
- Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors, H. & Enskär, K. (2011). Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17–18), 2573–2583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03816.x>
- Green, C. (2012). Nursing intuition: A valid form of knowledge. *Nursing Philosophy*, 13, 98–111. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00507.x>

- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet (sist oppdatert 10. juni 2022).  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Jankunis, F., Dahlke, S. & Jantzen, D. (2021). Philosophy at the intersection of thinking and doing in nursing. *Nursing Philosophy*, 22, e12346.  
<https://doi.org/10.1111/nup.12346>
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kolcaba, K.Y. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92.  
<https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort theory and practice*. Springer Publishers.
- Lavoie, M., De Koninck, T., & Blondeau, D. (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing philosophy*, 7(4), 225-234.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00279.x>
- Lemermeyer, G. (2021). Embodied Ethics: Phenomenology of the NICU Nurse's Touch. *Qualitative Health Research*, 31(9), 1570–1581  
<https://doi.org/10.1177/10497323211005434>
- Levinas, E. (1969). *Totality and infinity / an essay on exteriority*. Duquesne University Press.
- Levinas, E. (1984). Ethics and infinity. *Kryssstrømmer*, 34(2), 191–203.
- Levinas, E. (1991). *Otherwise than being, or beyond essence*. Kluwer.
- Levinas, E. & Robbins, J. (2001). *Is it righteous to be?: Interviews with Emmanuel Lévinas*. Stanford University Press.
- Lipari, L. (2012). Rhetoric's other (Retorikkens andre). *Philosophy & Rhetoric*, 45(3), 227–245. <https://doi.org/10.5325/philtrhet.45.3.0227>
- Lykkeslet, E. & Gjengedal, E. (2006). How can everyday practical knowledge be understood with inspiration from philosophy? (Hvordan kan praktisk kunnskap forstås med inspirasjon fra filosofi?). *Nursing Philosophy*, 7(2), 79–89. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00256.x>
- Malinowski, A. & Stampler, LL (2002). Comfort: Exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599–606.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x>
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. (L.E. Kjerland, overs.). Oslo: Akribe.
- McIlveen, K.H. & Morse, J.M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900–1980. *Clinical Nursing Research*, 4(2), 127–148.  
<https://doi.org/10.1177/105477389500400202>
- Morse, J.M. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: A preliminary investigation. *Nursing Papers*, 15(1), 6–20.
- Morse, J.M. (1992). Comfort. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91–106.  
<https://doi.org/10.1177/105477389200100110>

- Morse, J.M. (2000). On comfort and comforting. *The American Journal of Nursing*, 100(9), 34–37. <https://doi.org/10.2307/3522222>
- Norsk Sykepleier Forbund (2022). Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J.C. & Rodgers, B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 243–252. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000217>
- Reed, P.G. (2018). Philosophical issues and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 31–35. <https://doi.org/10.1177/0894318417741101>
- Schaffer, M.A., Keller, L.O. & Reckinger, D. (2015). Public health nursing activities: Visible or invisible? *Public Health Nursing*, 32(6), 711–720. <https://doi.org/10.1111/phn.12191>
- Trudeau, EL (2014). *To comfort always: An autobiography*. Big Byte Books.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A. & Merry, A.F. (2017). A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 151–1