Bengt Mattsson, professor, allmänläkare, avdelningen för allmänmedicin, institutionen för samhällsmedicin, Göteborgs universitet, samt Kungshöjds vårdcentral, Göteborg

Sven-Olof Andersson, med dr, allmänläkare, enheten för tillämpad medicin, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, samt Mariehems vårdcentral, Umeå *(svenolof.andersson@vll.se)*

Magda Jagiello, allmänläkare, Kungsängens vårdcentral, Stockholm; vid tidpunkten för studien ST-läkare, Mariehems vårdcentral, Umeå

»… att alltid trösta«

Allmänläkaren och det dagliga tröstandet

Sammanfattat

Att trösta sägs av tradition vara en läkaruppgift – »… att alltid trösta«.

Men vad innebär det att ge tröst, och vilken betydelse ger vi detta begrepp?

Några allmänläkare har i en kvalitativ studie försökt att analysera termens mening, och några innebörder som framkom var »närvaro«, »vara i kontakt«, »bekräftelse« och »återupprättelse«.

Tröst kan uppstå i möten där det finns accepterande och frihet.

Tröst som daglig ingrediens i läkares arbete bör bli föremål för ökat intresse och fördjupning.

Att trösta är en del av läkarens arbete. I all behandling och i allt bemötande bör tröst vara ett inslag – »att sällan bota, ofta lindra och att alltid trösta« [1]. Men vad innebär det att trösta: Vad – och hur – gör vi när vi tröstar en patient?

Ordet tröst ger skilda associationer för olika människor. Språkligt finns ett antal synonymer till begreppet – det senaste Word-programmet ger t ex följande alternativ: lindring, uppmuntran, stöd, hjälp, lisa, hugsvalelse, vederkvickelse, balsam, läkedom. Nationalencyklopedin anger tröst som »lisa« och »lindra i sorg och betryck«, alltså något avlastande och mildrande för en människa i en speciell situation.

Dessa synonymer och likalydande begrepp rymmer vad många menar med att trösta. Men hur ser vi på det i praxis: Vad innebär det »att alltid trösta«? Finns det en gemensam nämnare för vad det i realiteten innebär att trösta: Har begreppet någon särskild kvalitet i sig?

Inte mycket finns skrivet eller dokumenterat om vad tröst innebär i läkares arbete. Inom omvårdnadsvetenskap finns begreppet mer analyserat och skildrat. Där ges en del beskrivningar, särskilt av tröstens innebörd och betydelse i den palliativa vården och i intensivvården [2]. Artiklar eller rapporter om vad tröst och att trösta innebär i allmänmedicinsk verksamhet är dock ytterligt sparsamma. Om detta centrala moment i vår yrkesutövning finns i princip inget dokumenterat vare sig i svenska eller internationella tidskrifter. Vid sökning med »consolation« och »general practice/family medicine« i PubMed erhölls endast en referens [3].

För några år sedan kom den kollegiala diskussionen på Mariehems vårdcentral i Umeå att beröra temat tröst. Vad menade vi allmänläkare med att trösta, och om vi tröstade: Hur gjorde vi då? Det fanns inga påtagliga svar eller dokumenterade ståndpunkter på våra frågor, och litteratur och tidskrifter gav inte mycket ledning.

Vi valde att själva systematisera våra uppfattningar och vår syn på begreppet, och tog oss tid att inom ramen för några vanliga läkarträffar förtydliga och analysera begreppet.

Metod

Syftet med den studie som presenteras här var att ge ord och uppfattningar för vad tröst innebär och hur den omsätts i den kliniska allmänmedicinska praktiken.

De sex allmänläkare som vid tillfället tjänstgjorde vid vårdcentralen (fem kvinnor och en man, medelålder 53 år) accepterade att delta i ett eftermiddagssamtal kring begreppet tröst.

De fick alla i förväg (cirka en vecka före mötet) tänka igenom två frågor.

1. »Vad menar du med (vad lägger du i) begreppet tröst?«
2. »När tröstade du senast någon på mottagningen, och hur gjorde du?«

Gruppen samlades sedan runt ett sammanträdesbord i ett avskilt rum, och en fokusgruppintervju genomfördes. En av oss (Bengt Mattsson) höll i samtalet, och ordet gavs till var och en så att alla fick berätta enligt en viss turordning. Yttrandena gav i sin tur associationer och nya kommentarer, och diskussionen fördjupades under samtalets gång. Det eftersträvades fördjupningar och förklaringar av svaren på frågorna, och ut-

ANNONS

ANNONS



Figur 1. *Att en mängd olika uttryck, benämningar och termer associerar till tröst framkom i en grupp allmänläkares samtal kring begreppet tröst. (Här är dessa uttryck placerade utan någon särskild rangordning.)*

rymme gavs för nya bidrag och personliga utlägg. Hela gruppsamtalet (på cirka 1,5 timme) spelades in på ljudband och skrevs sedan ut ordagrant. Vid en följande gruppträff kommenterades och diskuterades det utskrivna materialet av alla i gruppen.

Analysen av texterna gjordes sedan enligt en empirisk–psykologisk fenomenologisk metod (EPP) [4]. EPP är en kvalitativ metod som syftar till att undersöka människors erfarenheter av och uppfattningar om fenomen i deras livsvärld.

Metoden, som på senare tid kommit till ökad användning vid forskning i sjukvården, innebär att man först skaffar sig en allmän bild genom att ett par gånger läsa igenom hela materialet. Eftersom innehållet ofta växlar mycket i en berättelse med flera talare är en uppfattning om variationen och helheten viktig.

Efter att ha fått en helhetsbild görs ett tekniskt steg när man söker dela upp och strukturera texterna i s k meningsbärande enheter. Texten delas upp i olika stycken/enheter (ett antal rader eller flera stycken) som innehåller en viss »mening« som berättaren vill ha framfört. Det kan vara med få eller många ord.

Därefter tolkas meningsenheterna. Vad »menar« berättaren med det som avgränsats i enheterna? Det sker en övergång från särskilda beskrivningar till att se den psykologiska meningen i det som sägs. Tolkningarna av innehållet kan variera mellan olika tolkare, och vid ett par tillfällen diskuterade därför vi författare våra tydningar så att en rimlig samstämmighet uppstod.

De olika meningsenheterna kan sedan syntetiseras till olika teman som uttrycker essensen i det undersökta fenomenet.

Under analysarbetet kom vi också att ställa ett antal frågor till texten – det var ett rikt stoff som var utskrivet, och vi formulerade spörsmål som: Vad är innebörden av tröst? När och hur uppstår tröst? Hur vet man att man tröstat? Hur ser tröstprocessen ut?

Resultat

De termer och begrepp som framkom och gav mening åt begreppet tröst framgår av Figur 1.

Dessa innebörder speglar den mångfald som ordet står för. Den omedelbara förnimmelsen till de i figuren angivna uttrycken är positiv. Tröst förknippas med en stödjande, läkande hållning som bekräftar patienten på ett djupare plan.

I några benämningar framtonar dock mer negativa associationer. »Makt« och »underposition« pekar på att tröst kan vara något som man ger »uppifrån och ner«. Man ger en klapp på axeln utan att riktigt intressera sig för patienten. Det kan vara slentrianmässigt och snabbt, något som görs instrumentellt och mekaniskt utan att man egentligen engagerar sig, och det kan uppfattas som nedlåtande och rentav hånfullt. När patientens uppfattning och känsla av problemet/situationen på detta sätt förnekas eller avvisas sker ingen läkning även om patienten till synes för stunden accepterar läkarens bedömning. Vi kan tala om »falsk tröst«.

Vi fann fyra teman – »närvaro«, »vara i kontakt«, »bekräftelse« och »återupprättelse« – som sammanfattade väsentligheterna i de ursprungliga kategorierna. Även om de delvis går in i varandra visar de på olika nyanser och tyngdpunkter i tröst.

Närvaro. Denna dimension hade sitt berättigande utifrån beskrivningar som »finnas till«, »stå bi«, »inte överge«, »ordlöshet«, »medkänsla«, »kroppskontakt« och »deltagande«.

Den lägger vikt vid närheten, både den fysiska och mentala, samt att den patient man möter är helt i fokus för intresset. Tankar och koncentration är riktade mot den hjälpsökande

och inte distraherade och inställda på andra företeelser eller förströddheter.

Att »stå bi«, vara närvarande, innebär att man är nära men kanske inte för nära. Ett litet men tydligt avstånd kan finnas, både i rummet och i sinnet. Det markerar respekt för patientens integritet. Läkaren skall kunna dra sig tillbaka och inte onödigt störa eller hindra patientens eget arbete med problematiken i mötet. Det skall inte bli för påträngande, en eventuell kroppskontakt bör vara tydlig och avgränsad. Närvaron kan vara ordlös. Men koncentrationen, intentionen och föresatsen skall vara tydlig.

Det finns uppenbarligen områden inom medicinen som är outforskade, outvecklade och därigenom tämligen förkrympta.

Vara i kontakt. Denna beteckning baserar sig på bl a uttryck som »tjäna«, »tänka hoppfullt«, »förmedla hopp«, »sympati« och »externalisera«.

Termen grundar sig på att relationen, läkar–patientförhållandet, behöver ha en viss kvalitet för att tröst skall kunna skapas. Utan kontakt blir mötet stumt, energilöst, och ingen gnista tänds i förhållandet mellan den som söker hjälp och den som försöker ge hjälp. Ingen kraft tillförs patienten.

Mötet mellan läkare och patient tar sin början i de problem/besvär som patienten presenterar, och relationen kan liknas vid en bro. När läkare och patient är i kontakt blir bron stark och bärkraftig, den tål prövningar (som förtroenden och gripande, svåra berättelser) som kan öka förståelsen och fördjupa samförståndet och bidra till läkningsprocessen.

Bekräftelse. Beskrivningar som »ta på allvar«, »göra gripbar«, »samförstånd«, »ömsesidighet« och »själv få tillbaka« uttrycker omständigheten att tröst har en dimension av intressegemenskap och samstämmighet.

Båda parter får en försäkran, en förbindelse stärks och sanktioneras. En ömsesidig medvetenhet om att mötet rymt en djupdimension blir påtaglig, ibland nästan handgriplig, och det kan kännas som man, både läkare och patient, fått en avspänning och lindring. Vi menar att det inte räcker med att *en* (dvs patienten) fått tröst – vederkvickelsen har berört också läkaren som i sig upplevt och bekräftat mötets kvalitet.

Denna dimension är inte klart separerad från kvaliteten »vara i kontakt«, men ömsesidigheten, valideringen hos doktorn, har ett värde i sig.

Återupprättelse. Ett annat tema som gick igen i kommentarerna var »återupprättelse«. Det baserade sig på termer som »referenspunkt«, »skuldbefriande«, »ge kraft att arbeta med«, »hopp«, »gå vidare«, »självkänsla« och som ibland rent fysiskt kunde noteras genom att patienten »gick rakare ut ur rummet«. Ett bra och trösterikt möte innehåller en ingrediens av återupprättelse. Det ger kraft till den som söker hjälp, det bidrar till mer fast mark under fötterna och en återupprättad självkänsla. Det sker en återuppbyggnad av något som brustit eller brutits ner. Den helande processen skänker insikt om möjligheter eller utvägar ur något som varit låst och stängt. Ett tröstande möte har en effekt som består.

Diskussion

Vårt samtal rörde sig på flera plan och rikt material framkom. Det var inte lätt att samla reflexionerna till avskilda begrepp. Dock har gruppens medlemmar tagit del av analysen och i allt väsentligt givit sin acceptans till de av oss funna temana. Även om gruppen var liten var den samlade erfarenheten betydande, sammanlagt motsvarande cirka 100 yrkesverksamma allmänläkarår. Gruppmedlemmarna var sedan tidigare förtrogna i att arbeta med EPP-metoden, och tillvägagångssättet har fått ökad tillämpning i kvalitativ medicinsk forskning på senare år.

Här nedan vill vi ge en del kommentarer till det som framkom i åsiktsutbytet.

En dimension som berördes i diskussionen om »närvaro« var den frihet och obundenhet som skulle finnas i relationen för att tröst skulle uppstå. De situationer som beskrevs präglades av öppenhet utan förväntningar, anspråk och krav från båda parter. Då infann sig en otvungenhet och ledighet i relationen, som var både tillåtande och gav möjligheter.

Kanske är denna obundenhet en väsentlig förutsättning för att tröst skall uppstå. Behöver vi läkare i högre grad ha tillgång till en hållning som kan karakteriseras av »modet att göra ingenting« och lära oss när den är tillämplig [5]?

I diskussionen om temat »vara i kontakt« framkom också aspekten att trösten kunde vara ytlig eller skenbar. Om kontakten har karaktären av jargong, ritual eller konvention finns ingen djupare kontakt. Relationen riskerar att bli flyktig och banal, trösten får formen av slentrian och kan ha motsatt effekt. Sådan »falsk tröst« kan kanske tillfälligt avleda yttringar av sorg och smärta, men gynnar inte läkning eller helande. Den som tror sig trösta handlar kanske ibland mest för sin egen skull. I äkta tröst finns en djupdimension som medför kraft. Äkta tröst öppnar och låser inte eller begränsar, och den är ömsesidig.

Hur tröstar man?

I den ursprungliga frågan ingick också spörsmålet: »Hur gjorde du när du tröstade?«. Vårt samtal kom dock inte att ge exempel på specifika formuleringar eller handlingssätt som skulle vara särskilt framgångsrika för att åstadkomma tröst. Det var inte en fråga om teknik eller om att följa några på förhand uppgjorda regler. Tröst var mer något som uppstod än något som gjordes på ett särskilt sätt.

Det som särskilt underströks för att »… alltid trösta« skall ingå i konsultationen var läkarens »närvaro«.

Det innebär att det är den patient läkaren möter som är i fokus, inte den patient som gick ut för fem minuter sedan, inte heller den som läkaren skall träffa senare på dagen. Tankarna skall samlas på det problem som just nu gäller. En blick inåt i det egna sinnet – att känna efter själv kan ge en förstärkt närvarokänsla: Är jag hungrig, trött, irriterad? Är jag uppspelt eller okoncentrerad? Vad ger de inre signalerna för budskap? Brister eller obehag kan ibland korrigeras, ibland är det omöjligt. Att för ett ögonblick känna sitt eget inre brus och att acceptera det kan vara nödvändigt. Att bara ila vidare och tro att effektivitet och snabbhet hänger ihop kan vara en illusion.

En förmåga som nämndes var att kunna »fånga tillfället i flykten« – att blixtsnabbt kunna fånga de ögonblick av öppning, sårbarhet och inbjudan till förtroende som patienten signalerar. Det är viktigt att inte glida förbi dessa ibland subtila passager, utan notera ögonblicket och försiktigt efterhöra om öppningen är tillfällig eller ett uttryck för en inbjudan och önskan om fördjupning.

Den tidigare beskrivna »närvaron« är en viktig förutsättning för att man skall kunna upptäcka dessa snabba moment i kontakten.

Läkare och tröst

Vi nämnde inledningsvis att det inte är mycket skrivet om tröst i medicinsk litteratur. I Carl-Magnus Stolts senaste bok finns ett avsnitt där han citerar framför allt författare och dik-

tare som gett olika beskrivningar och formuleringar på vad tröst innebär [6]. Begreppet tröst är något som poeter, filosofer och teologer skildrat mer än vad läkare har gjort. Hur kan detta faktum tolkas – om läkarens roll som förmedlare av hopp, uppmuntran och tröst är stor?

Det finns uppenbarligen områden inom medicinen som är outforskade, outvecklade och därigenom tämligen förkrympta. Traditionella och avgränsade biomedicinska perspektiv kan kompletteras, och mer humanistiska perspektiv bör tas in i medicinsk vård och vetenskap. Vår undersökning visar att det är möjligt att med små medel synliggöra intressanta och meningsfulla dimensioner i läkarens arbete.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Denna artikel har möjliggjorts av kolleger på Mariehems vårdcentral, vilka har delgett författarna sina berättelser.

Referenser

1. Hippocrates. Vol II. Greek original. Camebridge, MA: Harvard University Press; 1981. p. 291-9.
2. Norberg A, Bergsten M, Lundman B. A model of consolation. Nursing Ethics 2001;8:544-53.
3. Punamäki RL, Kokko SJ. Content and predictors of consultation experiences among Finnish primary care patients. Soc Sci Med 1995;40:231-43.
4. Karlsson G. Psychological qualitative research from a phenomenological perspective. Göteborg: Almqvist & Wiksell International; 1993.
5. Björklund L. Modet att göra ingenting: En bok om det svåra mötet. Stockholm: Bokförlaget Libris; 2003.
6. Stolt CM. Medicinen och det mänskliga. Vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora. Stockholm: Natur och Kultur; 2003. p. 172-8.

= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Since the time of Hippocrates »… to always comfort« has been regarded as a part of every physician's profession. However, this daily phenomenon of medical practice has not been studied very much so far. Consolation is sometimes emphasized when care is more prominent than cure, as in palliative or intensive care or when seeing family members during these circumstances. Six general practitioners in a focus-group interview presented narratives about their experience of consolation in the consultation. They also described the last time they managed to comfort a patient. The narratives were analysed by an empirical psychological phenomenological method. Four themes emerged that gave a meaning to consolation: »presence«, »be in contact«, »confirmation« and »restoration«. The consultations were characterized by acceptance, freedom, respect and absence of demand. However, consolation could also be associated with negative features such as instrumental and ritual behaviour and a »top-down« attitude that inhibited the healing process. Consolation as an important element of medical practice needs to be further studied.

Bengt Mattsson, Sven-Olof Andersson, Magda Jagiello
Correspondence: Sven-Olof Andersson, Allmänmedicin, Norrlands Universitetssjukhus, SE-901 85 Umeå, Sweden *(svenolof.andersson@vll.se)*