

MASTEROPPGAVE

Emnekode:
SYK 305H Master i klinisk sykepleie

Navn på kandidat:
Lise Sandnes

Å fordres til å berøre

-Om intensivsykepleieres erfaringer
i relasjonen med intensivpasienter

To be demanded to touch. -About ICU nurses
experiences in relation to ICU patients

Dato: 12.02.2016

Totalt antall sider: 75
Antall ord: 31527

Innhold

Forord

Sammendrag

Abstract

1.0	INNLEDNING	s. 1
1.1	Problemstilling.....	s. 2
2.0	TEORETISK PERSPEKTIV	s. 3
2.1	Sykepleieperspektivet	s. 3
2.1.1	Omsorg hos Benner og Wrubel	s. 4
2.1.2	Omsorg hos Martinsen	s. 5
2.2	Sykdom og lidelse	s. 6
2.3	Menneskesyn og det fenomenologiske mennesket	s. 6
2.4	Sensibilitet, sansing, berørthet og berøring	s. 8
2.5	Forståelse og skjønn	s. 9
2.6	Tillit og fordring	s. 11
2.7	Intensivsykepleieren og intensivpasienten	s. 12
2.8	Tidligere forskning	s. 14
3.0	METODE	s. 19
3.1	Metodisk tilnærming. Kvalitativ metode	s. 19
3.2	Fenomenologisk-hermeneutikk	s. 20
3.3	Tilnærming til forskningsfeltet	s. 22
3.4	Datasamling	s. 23
3.5	Analyse	s. 23
3.6	Forskningsetikk	s. 24
3.7	Forskningskvalitet	s. 25
3.8	Metodekritikk	s. 26
3.9	Refleksjon om intervjuprosessen	s. 28
4.0	FUNN.....	s. 29
4.1	Naiv lesing.....	s. 29
4.2	Nærhet og avstand. Subtema 1	s. 31
4.3	Blikket og ansiktets uttrykk. Subtema 2	s. 36
4.4	Det uttalte ord. Subtema 3.....	s. 38
4.5	Kroppens målbare uttrykk. Subtema 4	s. 39
4.6	Når følelsene «ligger på huden». Subtema 5	s. 41

4.7	Å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Subtema 6	s. 45
4.8	Den talende kroppen. Hovedtema	s. 49
5.0	DRØFTING	s. 52
5.1	Den talende kroppen	s. 53
5.2	Eksistensiell berørthet	s. 58
5.3	Fordring og skjønn	s. 61
5.3.1	Tillit	s. 64
5.3.2	Tid	s. 64
5.3.3	Erfaring	s. 66
5.3.4	Fagkunnskap	s. 67
5.4	Omsorgsberøring	s. 69
6.0	AVSLUTNING.....	s. 75
7.0	VIDERE FORSKNING.....	s. 75

LITTERATURLISTE

VEDLEGG

1: Intervjuspørsmål

2: Søknad til sykehuset

3: Søknad til enhet

4: Forespørsel om deltakelse

5: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Forord

Det å arbeide med denne oppgaven har vært en lærings- og modningsprosess som har gitt nye kunnskaper på flere nivåer. Jeg har fått øvet meg i det å holde tråden i noe over lang tid.

Utholdenhet og det å opprettholde engasjement har vært stikkord her, noe jeg har oppdaget at jeg får til. Oppgaven har krevd at jeg har gjort dypdykk inn i temaer jeg ikke visste så mye om fra før og som jeg har oppfattet som utfordrende. Intervju- og analyseprosessen har også gitt nye erfaringer. Det å skrive denne oppgaven har vært en læringsprosess som har vært både givende og utfordrende, men den har også gitt meg mestringsfølelse. Det som har drevet meg framover er at temaet har engasjert meg, dette er noe jeg synes er interessant og viktig å få frem kunnskap om.

Jeg ønsker å takke alle de flotte intensivsykepleierne som har stilt opp til intervju og har delt sine historier og sin erfaringskunnskap med meg. Takk for tilliten dere har vist meg ved å la meg forvalte deres meninger og analysere dem. Jeg vil takke min veileder Sven-Tore Dreyer Fredriksen som har hatt en beroligende og støttende virkning på meg. Jeg har alltid følt at jeg gikk ifra veiledning med lettere skritt enn på vei inn. Jeg vil også takke gode kollegaer ved Nord Universitet for å ha stilt opp med motiverende og støttende kommentarer, tips og råd. Min gode kollega Anita Tymi må spesielt nevnes i den sammenheng, de ukentlige skriveseminarer samt skrivehelgene har vært en uvurderlig hjelp. Ikke minst vil jeg takke min mann, mine barn og mine venner for tålmodigheten de har utvist disse årene med min skolegang.

Sammendrag

Intensivsykepleieren berører pasienten hyppig som del av sitt arbeid, også utenom prosedyrer som stell og medisiner. Det kan for eksempel dreie seg om å holde pasientens hånd, stryke over kinnet eller gi en klem. Denne typen berøring har ikke et fastsatt navn, men er tidligere kalt for ikke-prosedyrerelatert berøring, ikke-nødvendig, ekspressiv, beskyttende og hengiven/affektiv berøring. I denne oppgaven kalles denne type berøring for omsorgsberøring. Dette masterarbeidet i klinisk sykepleie har fokus på hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten. Det er ikke funnet tilsvarende forskning på temaet når det gjelder intensivsykepleiere. Det empiriske materialet er innhentet gjennom kvalitative, semistrukturerte, individuelle intervjuer med åtte erfarne intensivsykepleiere. Resultatene analyseres og tolkes i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv med Lindseth og Norbergs (2004) analysemetode.

Analysen viser at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten gjennom nærhet og avstand, det uttalte ord, øynene og blikket, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden samt å kjenne pasientsituasjonen på kroppen. Ut fra disse subtema ble det funnet et hovedtema: den talende kroppen.

Funnene fra studien drøftes opp mot fenomenologisk teori, omsorgsteori og tidligere forskning. Drøftingen omhandler også at det som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten i stor grad ser ut til å handle om prosesser som skjer på et førbevisst plan. Fordring synes å sette i gang emosjonell og eksistensiell berørthet hos intensivsykepleieren. Videre synes det som at det er et samspill mellom intensivsykepleierens berørthet, fagkunnskaper, erfaring og skjønn. Når intensivsykepleieren berører pasientens kropp med denne typen berøring ser det ut til at det er en handling som skjer i etterkant av en ubevisst prosess.

Abstract

This study is written as an exam in Master of Clinical Nursing, Nord University in Norway. The study is about intensive care nurses and how they approach the patient's body with touch. The nurses touch their patients when there is a procedure to be done like giving medicine or hygienic procedures. They also touch the patient body when there is no obvious reason to touch. For example when the nurse holds the patient's hand, touch the cheek or even hug the patient. This type of touching was earlier called "not necessary, not procedure related, affective". In the present study it is called "caring touch". The aim of this study is to understand how intensive care nurses experience situations where they touch patients without performing any procedure. The aim is also to understand more of what makes the intensive care nurse touch the patient in these situations. Open, unstructured, in-depth interviews with eight experienced intensive care nurses from two intensive care units (ICU) were performed in two different hospitals in Norway. The data was analyzed and interpreted with a phenomenological-hermeneutic analysis developed by Lindseth and Norberg (2004). In the analysis it was identified that the intensive care nurses required to touch the patients by "closeness and distance, "the spoken word", "the expression of eyes and glanze", "physiological measurements", "when feelings are shown as embodied" and "when the nurses embody the situation of the patient". Out of these six subthemes a theme emerged "the talking body".

The analysis points out a theme among the intensive care nurses of "the talking body". The analysis also found six subthemes: The ICU nurses tell about how they feel a demand to touch by the closeness and the distance of the patient. They see a demand in the look in the eye and the facial expression of the patient. They feel a demand by the spoken word of the patient. The measurable expression of the body can also feel as a demand to touch. The patient's feelings can be shown to the ICU nurse as obvious as if the feeling are shown on the skin of the patient. The nurses also can feel the patient situation in their own bodies.

In addition to earlier research, the theories from phenomenology and caring is applied and reflected on the findings from the study. Furthermore, it is reflected if the findings could concern pre language experiences. How the experiences as a nurse, the time, the trust and reflections about theories is important for the process. The process from the intensive care nurse feel a demand to touch until the touching of the body of the patient occurs is included

both as unconsciously and as an active performance in the process from the intensive care nurse feel a demand to touch until the touching of the boy of the patient occurs.

1.0 INNLEDNING

I norske intensivavdelinger ble det i 2013 behandlet 15255 pasienter (Intensivregisteret.no). Mange av disse pasientene har opplevd en dramatisk endring i sin livssituasjon der de for få dager siden var uavhengig av andre, var oppegående og kunne ta hånd om seg selv, mens de nå er kritisk syke og trenger hjelp til vitale funksjoner og til å dekke grunnleggende behov. Ifølge Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (Nsf.no 2005) omhandler arbeidet til intensivsykepleieren i stor grad å kunne oppdage tegn på sviktende funksjon og å gjøre tiltak for å stabilisere pasientens situasjon, samtidig som en skal utføre grunnleggende omsorg. Dette arbeidet skjer i en relasjon mellom pasient og intensivsykepleier. I arbeidet med pasienten er berøring en nødvendig og naturlig del av sykepleieutøvelsen.

Intensivsykepleieren berører pasientene hver dag i relasjon til prosedyrer og berøring anses som en viktig del av god omsorg (Hov m.fl. 2007). Pasienten berøres av sykepleieren når han/hun trenger hjelp til grunnleggende behov som spising, morgenstell og forflytning samt når det utføres prosedyrer som medikamentinjeksjoner, sårstell og sondeernæring. Denne typen berøring blir noen steder kalt nødvendig berøring, oppgaveorientert, instrumental eller prosedyreorientert berøring (Gleeson & Timmins 2005). Frem til i dag har forskningen hatt mest fokus på denne typen berøring. Berøringen er oftest knyttet til fysiske behov, bruk av teknisk utstyr og om å utføre prosedyrer i forhold til behandlingen av intensivpasienten. Dette er en nødvendig del av det faglige arbeidet for å hjelpe den kritisk syke pasienten og krever klinisk medisinsk og teknologisk kunnskap. Sykepleieren bruker noen ganger berøring som kommunikasjon med de som ikke kan snakke eller høre. I tillegg er berøring forbundet med det å gi trøst, vise at sykepleieren bryr seg om pasienten og vise at pasienten ikke er alene. Når situasjonen føles vanskelig og ordene ikke strekker til kan berøring være et uttrykk for omsorg og nestekjærighet.

Berøring kan også være noe mer. I relasjonsarbeidet oppstår det situasjoner hvor sykepleieren blir fordret til å berøre pasienten. Det synes å oppstå noe mellom sykepleieren og pasienten som gjør at sykepleieren berører pasienten. Slik berøring har ikke et etablert navn, men har i tidligere forskning blitt kalt for ikke-prosedyreorientert berøring, ikke oppgaveorientert, ekspressiv, beskyttende, hengiven/affektiv berøring (Gleeson & Timmins, 2005). Denne typen berøring har det frem til nå vært forsket på når det gjelder psykiatri og eldre pasienter, mens det har vært lite fokus på temaet innen intensivsykepleie. Det å berøre pasientens kropp er en handling som kan romme mye. I noen sammenhenger berøres sykepleieren av pasientens

situasjon og dette kan igjen føre til at pasientens kropp berøres. I denne oppgaven kalles denne type berøring for omsorgsberøring (fotnote 1). I denne oppgaven setter man fokuset på berøring. Ikke selve berøringen, hvordan man utfører berøring eller hva man berører. Det som skal utforskes er hva som gjør at intensivsykepleieren iverksetter berøring. Hva som berører intensivsykepleieren til å komme i en bevegelse til å berøre en pasient.

Denne oppgaven søker å løfte frem erfaringskunnskapen til intensivsykepleiere innenfor temaet berøring. Hensikten med studien er å få fram mer kunnskap om hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten.

1.1 Problemstilling

Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten?

For å svare på problemstillingen har forskeren valgt en kvalitativ tilnærming hvor åtte erfarne intensivsykepleiere har blitt intervjuet. Gjennom at det er intensivsykepleiere selv som setter ord på sin erfaringskunnskap, vil dette gi et annet fokus enn det objektive kunnskapsperspektivet som tradisjonelt har blitt løftet frem. Intervjuene analyseres systematisk etter en fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode. Det blir også satt lys på tidligere forskning rundt temaet. I tillegg ser en på teori rundt aktuelle temaer som omsorg, sansing berørthet og fordring. Til slutt blir funnene fra intervjuene diskutert opp mot den forskningsmessige og teoretiske bakgrunnskunnskapen.

Fotnote 1) Begrepet Omsorgsberøring brukes muligens i hverdagsspråket, men en har ikke tidligere sett dette som et vitenskapelig begrep. I denne sammenheng brukes begrepet som knyttet til empirien uten en videre definisjonsavklaring.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Oppgavens hensikt er å få fram mer kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer rundt hva som fordrer til berøring av intensivpatienten. For å danne en bakgrunnsforståelse vil det i dette kapitlet bli presentert et fenomenologisk-hermeneutisk sykepleieperspektiv med aspekter fra Benner og Wrubels samt Martinsens sykepleietenkning. Teorirammen består av teorier om omsorg og sykepleie, om kroppens fenomenologi, om sensibilitet, sansing, berørthet og berøring, om forståelse og skjønn, om tillit og fordring, teori om metode, fenomenologisk-hermeneutikk samt analyse.

2.1 Sykepleieperspektivet

I møtet mellom sykepleieren og det syke mennesket aktualiseres sykepleiens faglige perspektiv. I et slikt møte vil behovet for omsorg, tilgjengelighet, fagkunnskap og sykepleiehandlinger tre frem. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (www.nsf.no, 2011) er sykepleierens viktigste oppgaver å hjelpe pasienten å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og legge til rette for en verdig død. Sykepleierens grunnlag er det enkelte mennesket og sykepleieren skal vise respekt for menneskets liv og verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I denne oppgaven anvendes et fenomenologisk-hermeneutisk sykepleieperspektiv slik Martinsen (1997) og Benner og Wrubel (2001) setter ord på det. Innenfor denne tradisjonen forstås mennesket som en helhet, noe som innebærer både helse og sykdom, men også livet i seg selv. Hvert menneske forstår situasjoner ut fra sine erfaringer og ut fra den kontekst de lever i. I situasjoner som omhandler sykdom kan erfaringer og bekymringer handle om livet selv. For sykepleieren betyr det at pasientens mening utgjør et viktig grunnlag for forståelse av pasientens situasjon og for måten sykepleieren handler på (Martinsen 1997). Utgangspunktet for sykepleien er det enkelte menneskets opplevelse og forståelse av sin situasjon. Sykepleiens mål er å være til for den andre, og dette vises på tre måter. Sykepleieren forstår mennesket som et fornuftsvesen, sykepleieren er opptatt av det mennesket er opptatt av, og sykepleieren finner løsninger som ivaretar menneskets interesser (Benner & Wrubel 2001). I dette perspektivet hører også intensivsykepleie for den kritisk syke intensivpatienten til, som et område innen sykepleie. Begrepet omsorg er forbundet med å hjelpe og å ta hånd om andre og om å behandle andre slik man selv ville blitt behandlet. Det handler ifølge Martinsen (2003) om nestekjærlighet og om å føle seg nær en annen. Omsorg er av både Martinsen og av Benner og Wrubel ansett

som en viktig del av sykepleien, og derfor ser en i denne oppgaven nærmere på hva disse sier om begrepet i forhold til sykepleie.

2.1.1 Omsorg hos Benner og Wrubel

Omsorg er en grunnleggende måte å være i verden på, noe menneskene har felles (Benner & Wrubel 2001). Sykepleie anses som del av en nedarvet omsorgskultur hvor en tar vare på det syke mennesket. Omsorg forbindes med ting som betyr noe for noen. For intensivsykepleieren vil det bety at det som oppleves viktig for pasienten er utgangspunktet for sykepleien. Et omsorgsfullt forhold mellom sykepleier og pasient anses som nødvendig for å utvikle et tillitsfullt forhold. Har man et slikt forhold vil pasienten kunne føle at han/hun mottar omsorg når sykepleieren yter hjelp. Omsorg er slik med på å danne grunnlaget for muligheten til å yte hjelp og til å motta hjelp, ifølge Benner og Wrubel (2001). Den samme handling kan gi forskjellige konsekvenser om den utføres med eller uten omsorg (Benner & Wrubel 2001). Slik kan man si at sykepleie ikke bare er teknikk. Det er omsorg som setter sykepleieren i stand til å skjønne hvilke tiltak som hjelper den enkelte pasient. For å utvikle en omsorgsfull relasjon bør sykepleieren ha et aktivt nærvær hvor pasienten viser at sykepleieren har tid til ham/henne og at sykepleieren lytter og er interessert i det pasienten har å si (Benner & Wrubel 2001). Erfaring anses som viktig og det er kultur for at den nye sykepleieren lærer ved imitasjon av den erfarne. Sykepleieren kan med bakgrunn i sin erfaring med lignende pasienter, diagnoser og helbredelsesprosesser forstå mer av pasientens sykdomsopplevelse. Benner og Wrubel (2001) skisserer to typer omsorg. Den ene hvor hjelperen tar helt over den andres bekymringer. Dette er nødvendig hos veldig syke intensivpasienter. Den andre typen omsorg beskrives som målet i sykepleie hvor intensivsykepleieren hjelper pasienten å formidle behov og på den måten hjelper intensivpasienten å være slik han/hun ønsker å være. Utøvelsen av sykepleien vil kunne preges av den økonomiske situasjonen i institusjonen. Det vil være vanskelig å utøve individuelt tilpasset sykepleie hvis man har for få sykepleiere og mengden pasienter økes (Benner & Wrubel 2001).

2.1.2 Omsorg hos Martinsen

Martinsen (2003) påpeker at sykepleie ikke bare består av omsorg, men at omsorg er en viktig del av sykepleien. Omsorg har tre grunnleggende kvaliteter:

1: Omsorg er et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre og har et ansvar for å ta vare på de svake. Lidelsen og den lidende gir en appell eller fordring til sykepleieren om en praktisk handling. Om man avviser en slik appell, avviser man også den andres identitet (Martinsen 2003).

2: Prinsippet om ansvaret for svake. Omsorgen tilpasses den enkelte intensivpasienten ut fra en situasjonsforståelse, noe som krever innsikt i hver pasientens aktuelle situasjon.

Intensivsykepleieren arbeider i en balansegang mellom formynderi; å overtar for mye av ansvaret for pasienten og det å ha for mye respekt for pasientens selvbestemmelse, som kan føre til unnlåtelsessynder. Personlig engasjement hos sykepleieren er nødvendig for å sette seg inn i pasientens situasjon.

3: Omsorg har en moralsk side. Omsorgsmoral er ifølge Martinsen (2003) å handle ut fra prinsippet om ansvaret for den svake, i denne sammenheng intensivpasienten. Utgangspunktet er den levde verden som har mening for den enkelte. Omsorgsmoral anses som holistisk, intuitiv og inneholder uartikulert kunnskap. Omsorgsmoral læres gjennom hele livet fra barndom og gjennom praksis i møte med intensivpasienter.

Ifølge Martinsen (2003) trenger intensivsykepleieren fagopplæring og erfaring for å kunne forstå lidelsens appell og kunne ha omsorg som yrkeskompetanse. Ferdigheter læres gjennom å møte mennesker som lider og en ny intensivsykepleier lærer gjennom veiledning av en erfaren, en mester. Hver situasjon anses unik slik at sykepleieren må gjøre moralske overveielser i hver aktuelle situasjon ut fra prinsipper og intensivsykepleieren viser omsorg gjennom praktiske handlinger. Når intensivsykepleieren gir omsorg kan det gi en følelse av å få noe igjen fra pasienten, for eksempel omtanke, takknemlighet og en følelse av å gjøre noe godt for andre (Martinsen 2003). Når intensivsykepleieren gir omsorg til pasienten handler det om fellesskap, solidaritet og forståelse for det enkelte mennesket. Omsorg handler om å anerkjenne intensivpasienten ut fra hans/hennes situasjon og ut fra det som er viktig for den enkelte. Motsatt vil omsorgen føles som en krenkelse om den utøves uten omtanke og interesse for den andre (Martinsen 2003). Det å være personorientert profesjonell vil være at

intensivsykepleieren ser pasienten som et lidende menneske og verner hans/hennes integritet, og en profesjonell intensivsykepleier vil kunne vise seg som et menneske med følelser (Martinsen 2000).

2.2 Sykdom og lidelse

Sykdom er en skade på celle-, vev- eller organnivå (Benner & Wrubel 2001). Sykdom ses fra fenomenologisk perspektiv ikke som en isolert hendelse, men som noe man preges av og bærer med seg resten av livet. Lidelse anses som den menneskelige opplevelse av tap eller dysfunksjon og anses som en del av den menneskelige menings- og betydningsverden. I møtepunktet mellom sykdom og lidelse trer mening fram for den enkelte. Sykdom og lidelse kan innen fenomenologisk tankegang ikke ses adskilt siden kropp og sjel påvirkes gjensidig og anses som uatskillelig (Benner & Wrubel 2001). Det å oppleve sykdom og lidelse kan gi den syke en opplevelse av at egen kropp oppleves fremmed, kan gi tap av selvforståelse og tap av sosial rolle. De vante måter å opptre på strekker ikke til i en slik situasjon. En slik forstyrrelse av normal funksjon, mening og forståelse defineres av Benner og Wrubel (2001) som stress. Opplevelsen av stress er et resultat av hvordan en person vurderer sin egen situasjon og av tilpasningsevnen til den nye situasjonen. Intensivsykepleiere har gjennom sitt arbeide kontakt med forholdet mellom lidelse og sykdom. Når sykepleieren berører pasientens kropp kan det hjelpe pasienten å få tilbake kroppens integritet og håp om helbredelse ved å vekke glemte responsmønstre (Benner & Wrubel 2001). Pasientene opplever det viktig at sykepleieren forsøker å forstå hva sykdommen betyr for ham/henne (Benner & Wrubel 2001). Det vil da være viktig at intensivsykepleieren tar utgangspunkt i den enkelte pasient sin opplevelse av egen situasjon. I intensivavdelingen er dette en svært aktuell problemstilling. I arbeidshverdagen møter intensivsykepleieren pasienter som opplever en dramatisk situasjon med trussel om eksistens og om endring av kroppen og kroppens funksjoner. Forskning viser at intensivpasienten føler seg usikker og opplever tap av kontroll og av mening. Dette kan føre til kroppslige reaksjoner, samt at pasienten fjerner seg mentalt fra situasjonen. Det oppleves viktig for intensivpasienten å ha kontinuitet i sykepleien hvor han/hun blir kjent med sykepleiere og leger og at det er en atmosfære av ro. Pasienten trenger å føle seg viktig samt ha jevnlig kontakt med sine nære (Fredriksen & Ringberg 2007).

2.3 Menneskesyn og det fenomenologiske mennesket

I denne oppgaven anvendes et fenomenologisk-hermeneutisk menneskesyn slik Benner og Wrubel (2001) og Martinsen (1997) beskriver det. Disse baserer seg på Løgstrup, Merleau-Ponty, Gadamer, Heidegger og Husserl og tolker det fenomenologisk-hermeneutiske menneskesynet inn i en sykepleiesammenheng.

Fenomenologisk-hermeneutisk tenking fremmer uttrykket «kroppslig intelligens» hvor psyke og kropp anses som en enhet. Mennesket har en kroppsliggjort viten, en kroppslig intelligens som gjør at man møter situasjoner ut fra mening og på en hurtig, ikke-refleksiv måte, noe som er en ubevisst prosess. Holdninger, gester og skikker læres i forhold til den kulturen en lever i, noe som gjør at man gjenkjenner situasjoner og kan reagere hurtig på komplekse situasjoner. Mennesket anses som et selvfortolkende vesen som møter nye situasjoner med en umiddelbar forståelse (Benner & Wrubel 2001). En tenker innen fenomenologien at det er ved kroppslige aktiviteter en forstår den andre (Thornquist 2002). Mennesket både er en kropp og har en kropp, og det er via kroppen man har tilgang til verden og er den del av verden. Kroppen og kroppsfunksjoner er noe mennesket tar for gitt og det er først når kroppen svikter ved sykdom at oppmerksomheten rettes mot kroppen og det man ikke lengre greier å utføre. Det skjer en objektgjøring av egne syke kroppsdeler. Ifølge Benner og Wrubel (2001) kan ikke kropp og følelser skilles fordi bevisstheten er knyttet til kroppen. Berøring av en annens hender kan framkalle både gode og dårlige minner. Følelser kommer til uttrykk gjennom uttrykk i ansiktet og gjennom kroppsbevegelser, men det kan være vanskelig å tolke en annens kroppslige uttrykk da de kan være flertydige (Benner & Wrubel 2001). Ifølge Thornquist (2002) kan måten helsepersonellet forholder seg til den som er syk kunne påvirke hvordan pasienten forholder seg til sin kropp, til andre mennesker og omgivelsene. Det vil derfor være viktig for intensivpasienten at intensivsykepleieren har en væremåte som formidler respekt og anerkjennelse.

Menneskets væren-i-verden karakteriseres ved at man bryr seg om verden og det som er i verden (Benner & Wrubel 2001; Nordtvedt & Grimen 2004) Mennesket anses som grunnleggende sårbart og avhengig av andre i verden og av hvordan en påvirker hverandre. Livets moralske mening viser seg i menneskenes relasjoner til hverandre. Etikk viser seg i den syke kroppens appell om ivaretagelse, i talens åpenhet og i livserfaringer om hjelpeløshet, smerte og lidelse (Løgstrup 1999). Ifølge Martinsen (1997) er moral involvert når sykepleieren besvarer en appell, i denne sammenheng en fordring fra pasienten. En kan overse

en appell fra pasienten, men en kan ikke motstride at appellen er der. Mennesket har følelser for ting og for andre mennesker. Denne omsorg gjør at mennesket blir involvert i og definert av det som betyr noe for en. En person skapes av sine meninger, bekymringer og sitt engasjement. En person er også en deltaker i verden, og menneskene har felles persepsjoner (Benner & Wrubel 2001). For intensivsykepleieren kan det bety at det han/hun er opptatt av vil påvirke relasjonen med intensivpasienten.

Innen fenomenologien anser man at følelser som for eksempel angst og håp kan gi fysiske reaksjoner i kroppen. Følelser og engasjement vekkes i situasjonen og er med på å avgjøre hvordan en person tolker, reagerer og uttrykker seg i forhold til en situasjon. Mennesket utvikler vaner og mønstre i måten han/hun handler på. Disse mestringsstrategier utvikles ubevisst etter hvert som en møter nye utfordringer (Benner & Wrubel 2001). Mennesket anses å alltid være i en kontekst hvor det er en bevegelse imot eller fra en ting, et mål eller en person. Slik bekymring og personlig engasjement kan forklare hvorfor mennesket treffer de valg de gjør.

2.4 Sensibilitet, sansing, berørthet og berøring

Ved hjelp av den taktile sans og berøring av personer og objekter kan mennesket kjenne og identifisere hva som er en selv og egen kropp, og kan dermed skille en selv fra andre (Husserl 1989). Slik kan det å berøre noen eller noe oppleves som en følelse og vil være viktig for å gjenkjenne personer og objekter. I tillegg vil berøring gi en opplevelse hvor mennesket danner mening i situasjonen ut fra hvordan berøringen oppleves (Martinsen & Eriksson 2009).

Berøring anses for å være noe mer enn taktil sans, og å se kan være noe mer enn synssansen. Sensibilitet og berørthet er innen fenomenologisk tankegang grunnleggende med menneskets væren-i-verden, og er en grunnstemning ved livet (Nordtvedt & Grimen 2004, Martinsen 2000, Heidegger 1962). "Å se med hjertets øye" er ifølge Martinsen (2000) at man legger særlig merke til noe i forhold til den andre og sånn ser det betydningsfulle i den andres liv. Man ser med hele kroppen og blir berørt sansemessig, noe som også kalles å bli rammet av den andres følelser. Intensivsykepleieren blir da emosjonelt berørt av det han/hun sanser og de følelsene en opplever kan åpne for tolkning og forståelse av det en sanser (Martinsen 1996). Dette nærværet fordrer at en har åpne sanser, følelser, intellekt og handletrang (Martinsen & Eriksson 2009). Både intensivsykepleier og pasient er sansende, tydende og sårbart til stede i

en situasjon. Dette gir et stemt sinn, som betyr å være mottakelig for at noe kan gjøre inntrykk (Martinsen 2012). Nordtvedt og Grimen (2004) kaller dette for sensibilitet, noe som handler om en type forståelse. I møte med andre er ikke sykepleieren nøytralt konstaterende, men danner seg et umiddelbart inntrykk av den andre som kan bevege han/henne både sansemessig og kroppslig, en berørthet. I et slikt oppmerksomt nærvær er det den andres situasjon som er viktig. I inntrykket intensivsykepleieren danner seg er det også en fordring om ivaretagelse av pasienten (Martinsen & Eriksson 2009).

Erfaringer vekkes når mennesket møter et fenomen (Martinsen & Eriksson 2009). Når intensivsykepleieren møter et fenomen vil erfaringer fra lignende situasjoner vekkes og hun/han kan oppleve en fordring. Berørthet og fordring handler om førbevisste erfaringer som skjer før fortolkning. Det som ligger bak dette er ifølge Martinsen (2000) en grunnerfaring om å beskytte og ta vare på livet. Å bli berørt gjør livet stemt. Videre er å være stemt en måte å forholde seg til andre på og til naturen, noe som gir glede, energi og livslyst (Løgstrup 1999, Martinsen 1996). Kroppslige tegn hos pasienten kan fremkalle en følelse av uro, en berørthet hos intensivsykepleieren. Det beskrives som en klinisk bevissthet, bekymret årvåkenhet og følelse av ansvar for pasienten (Martinsen 2000). Sykepleieren veksler mellom å sanse og å forstå hvor en ser og tar inn samtidig som en vurderer faglig. Ifølge Vetlesen (2010) handler det å være berørt om empati. En blir engasjert i og deltar i den andres situasjon uten å oppleve det samme som den andre. Berørthet hos sykepleieren vekkes av pasientens følelser rundt egen situasjon.

I dagens intensivavdelinger må intensivsykepleieren kunne fremskaffe kunnskaper og ta avgjørelser raskt. En fare kan da være at man bare ser etter felles kjennetegn hos pasienten for å systematisere (Martinsen 2000). Om man registrerer i stedet for å sanse, reduseres mennesket til et objekt. Hvis sykepleieren har tid og ro i arbeidet, kan en bruke taushet for å la den andre tre frem som en person. Ved å sanse dras sykepleieren og pasienten inn i hverandres horisont og forståelse oppstår.

Berøring anses som en kompleks situasjon hvor intensivsykepleieren føler selve berøringen og samtidig blir berørt av situasjonen. Både intensivsykepleieren og intensivpasienten tillegger situasjonen mening ut fra opplevelsen og erfaringen til den enkelte. Berøring fra sykepleieren kan gi pasienten en mer positiv opplevelse av situasjonen, og det kan også gi sykepleieren en bekreftelse på viktigheten og rollen sin. Når intensivsykepleieren berører et menneske som er livstruende syk, blir hun berørt til å kjenne på sine egne følelser rundt egen

dødelighet. Denne stadige berørtheten i intensivsykepleierens eksistensielle mening av liv, død og lidelse kan oppleves veldig sterkt (Green 2013).

2.5 Forståelse og skjønn

Å sanse og tolke anses å være uavhengig og forut for forståelse. Forståelse er noe som kommer etter sansing, og fordres av det som beveger og berører en. Nordtvedt og Grimen (2004) hevder mennesket har en umiddelbar og før-refleksiv forståelse av verden. Forståelse anses å være en sanselig, førspråklig og kroppslig erfaring hvor bevisstheten involveres på et uutviklet nivå. For å forstå bruker mennesket tyding, refleksjon og fortolkning hvor man tolker det som skjer ut fra tidligere erfaringer, også kalt for-forståelse, mens språket er ansett å kunne være avstandsskapende. I tillegg baserer sykepleieren forståelsen på fagkunnskaper (Martinsen 1996). Forståelse knyttes til at mennesket får innsikt i noe og at det gir ettertanke, hvor en ser, innser og blir berørt (Martinsen & Eriksson 2009). Når intensivsykepleieren kjenner på sine egne følelser kan det vekke medfølelse med intensivpasienten. Dette gjør at en kan forstå hva den andre personens reaksjoner innebærer. Denne sensibiliteten åpner også for at intensivsykepleieren forstår seg selv i lys av andre mennesker (Nordtvedt & Grimen 2004).

Forståelse av situasjonen til hver enkelt pasient vil ifølge Benner og Wrubel (2001) påvirkes av hvor lang arbeidserfaring intensivsykepleieren har. En erfaren intensivsykepleier vil etter hvert oppfatte det spesifikke ved enkeltpasienten og ved lang praksiserfaring kan intensivsykepleieren oppfatte at en forandring i pasientsituasjonen holder på å skje og gjøre tiltak i forkant av en forandring (Benner & Wrubel 2001). Dette finner en også hos Nordtvedt og Grimen (2004) samt hos Martinsen (1997) som sier at en erfaren kliniker kan tolke små nyanser i uttrykk hos sin pasient og slik på et tidlig stadium oppdage forverring eller bedring i pasientens tilstand. Dette gjelder også intensivsykepleierens forhold til intensivpasienten.

I tillegg til at intensivsykepleierens møte med pasienten preges av denne opprinnelige mottakelighet finnes det også uskrevne regler i hver kultur og på hver arbeidsplass som regulerer måten intensivsykepleieren møter og forstår intensivpasienten. Tause regler kan være til hjelp for intensivsykepleieren i jobben å fortolke og formidle for intensivpasienten, men det er også en mulighet for at man kan misforstå hverandre (Martinsen 2000).

Skjønn handler om å gjøre en helhetsvurdering av det som berører intensivsykepleieren og det han/hun sanser. Skjønn baseres på intensivsykepleierens kunnskaper og erfaring og hjelper

henne/ham med å forstå situasjonen til intensivpasienten for så å gjøre rett valg av tiltak. Skjønn innebærer ifølge Løgstrup (1999) å vurdere alternativer, men er ikke det samme som usikkerhet. Usikkerhet og tvil anses å være nødvendig for å vurdere handlingene en gjør. Skjønnnet hviler på begreplige kunnskaper og sanselig forståelse hvor sykepleierens erfaring anses å være viktig. Omsorgsetikk anses å være basert på de sanselige inntrykk sykepleieren mottar gjennom pasientens fordring og sykepleie er ifølge Martinsen (1997) basert på omsorgsetikk. For å utøve et oppmerksomt skjønn er stillhet nødvendig siden man da kan seg åpne seg for verden og se, høre, lukte og bli berørt av det en sanser (Martinsen 2000). I intensivsammenheng handler skjønn om å tyde situasjonen til pasienten og gjøre en faglig basert refleksjon av hvilke tiltak som bør gjøres. Skjønn er nødvendig for å kunne tilpasse sykepleietiltakene til hver enkelt pasient og hver enkelt situasjon. En grunnforutsetning for skjønn anses av Vetlesen (2010) å være tillit mellom pasient og sykepleier samt tid til å bli kjent med den enkelte pasient som en unik person. Skjønn handler om tause, kvalitative dimensjoner ved sykepleien. Det kreves erfaring og skjønn for å kunne se her-og-nå-situasjonen til den enkelte personen. Ifølge Vetlesen (2010) har dette blitt særlig utfordrende de siste år med mye økonomifokus i helsevesenet og et mål om å kunne pleie flere pasienter. Nordtvedt og Grimen (2004) hevder at skjønn og sensibilitet innen helsefaglig praksis ikke kan forklares gjennom vitenskapelige tenkemåter. Dette siden smerte og sykелighet også uttrykker seg ikke-språklig. Heller ikke hermeneutikk vil være nok for å forstå syke mennesker. Sensibilitet og refleksjon, etikk og fag vil på grunn av denne kompleksiteten være umulig å skille fra hverandre.

2.6 Tillit og fordring

Tillit er ifølge Løgstrup (1999) en grunnleggende faktor i menneskenes liv. Menneskene er grunnleggende avhengig av hverandre selv om hver person er et uavhengig individ. Løgstrup (1999) hevder at alle mennesker i utgangspunktet har tillit til de personer en møter. Tillit anses for å være et nødvendig utgangspunkt for fordring og det å vise tillit til andre anses som en taus fordring. Ved å vise andre tillit åpner en opp for kommunikasjon, men en utleverer også noe av seg selv. Om den andre avviser den tilliten man viser vil det kunne føre til en emosjonell reaksjon. Nordtvedt og Grimen (2004) hevder at mennesker som viser tillit også er sårbare, men at tillit er viktig for å oppnå relasjoner mellom helsevesenet og pasientene. Intensivpasienten kan for eksempel vise tillit ved vise at han/hun ønsker å bli berørt av intensivsykepleieren, samtidig er han/hun sårbar for en avvisning. På samme måte vil

intensivsykepleieren vise tillit til intensivpatienten ved å berøre ham/henne og være sårbar for å bli avvist eller møtt på en negativ måte.

Det er ifølge Løgstrup (1999) et grunnleggende fenomen ved mennesker at man ved personlig samvær blir grepet av den andre og får et inntrykk av personen. Når man har med andre å gjøre holder man noe av det menneskets liv i sine hender hvor det ligger en uttalt fordring om å ta vare på den andre. I sitt svar på en fordring har en makt til å påvirke om den andres verden virker truende eller trygg (Løgstrup 1999). Måten intensivsykepleieren møter det syke mennesket på handler ifølge Martinsen (2000) om noe mer og dypere i mennesket enn kultur. Menneskene lever i en felles verden hvor man forholder seg til og utleverer seg til hverandre. Det handler om en opprinnelig mottakelighet, om livet sammen med andre og om naturen. De spontane livsytringene som tillit, talens åpenhet, håp og barmhjertighet anses å være viktig i identiteten til menneskene og noe som er gitt menneskene ved livet. En fordring er en appell om å bli tatt vare på og kan handle om lidelse, kjærlighet, tro, håp, forlatelse og forsoning. Mennesket er ikke likegyldig når en møter en fordring, men appellen kan åpne for de seende følelser. Sykepleieren rammes, berøres og bevegges sansemessig, noe som gir mulighet til å forstå fordringen. Uttrykk fra andre kan bare fanges opp av mennesker som er mottakelige og sansevare. Ifølge Martinsen (2012) må intensivsykepleieren være mottakelig, berørt og bevegende til stede for å motta appellen fra pasienten. For å skjønne at en fordres må en ha erfaring med livsfenomener. Og en må ha tid til et nærvær i situasjonen. I intensivavdelingen kan det være mange arbeidsoppgaver slik at en til tider kan oppleve å ha lite tid til nærvær med hver pasient. Når en mottar en fordring vil det oppleves viktig for intensivpatienten at intensivsykepleieren er barmhjertig og varsom i sitt svar. Intensivsykepleieren kan ikke velge bort en slik fordring, men man kan velge å overhøre den. Når intensivsykepleieren tar ansvar og hjelper intensivpatienten er ifølge Martinsen (2000) det et uttrykk for aktelse for den livssammenheng menneskene står i.

2.7 Intensivsykepleieren og intensivpatienten

Intensivsykepleierne har ansvaret for de aller sykeste pasientene på sykehuset, de som trenger intensiv overvåking, behandling og oppfølging. Ifølge funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (nsf.no) er formålet å utøve intensivsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre. De skal identifisere helsesvikt og økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium. Dette skal gjøres ved å kontinuerlig observere og vurdere pasientens opplevelser,

ressurser samt behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling. Ifølge Rammeplan for intensivsykepleierutdanning (2005) innebærer faglig forsvarlig intensivsykepleie å kunne handle raskt og riktig på bakgrunn av en faglig vurdering av en pasients situasjon. Når intensivsykepleierne står overfor en kritisk syk pasient kan de oppleve å ha kort tid til å sette seg inn i pasientens behov. Mye står på spill for intensivpasienten slik at det kan haste å vurdere hva som er riktige tiltak. Intensivsykepleierne setter i verk tiltak etter en vurdering av pasientens egne ressurser, og det er opp til den enkelte intensivsykepleier å skjønne hva intensivpasienten trenger og vurdere hvilke tiltak en gjør. På grunn av kompleksiteten knyttet til intensivpasientene har ofte intensivsykepleien et en-til-en-forhold med pasienten. Intensivsykepleiernes arbeide innebærer blant annet å passe på at utstyr brukes på en forsvarlig og hensiktsmessig måte for pasienten. Ved sitt arbeid skal intensivsykepleierne hjelpe pasientene å redusere stress, smerter og ubehag. Dette skal gjøre at intensivpasientenes krefter kan brukes til helbredende prosesser og mestring av livssituasjon (nsf.no).

Intensivpasientene er mennesker som har blitt akutt, alvorlig og livstruende syk. De opplever en dramatisk situasjon hvor de for kort tid siden var velfungerende i hverdagen til at de nå er innlagt i sykehus og livet står på spill. Intensivpasientene kan være sterkt skadet fysisk, ha store smerter, være bevisstløs, sedert med medisiner og være avhengig av en respirator som gir dem hjelp til å puste. På grunn av sykdom eller behandling kan mange av intensivpasientene ikke formidle med ord eller blick det de ønsker. Andre kan delvis eller helt gi uttrykk for det de vil formidle. Disse pasientene er i stor grad avhengige av den jobben helsepersonellet gjør for å opprettholde og vedlikeholde vitale funksjoner. Forskning har vist at intensivpasienten opplever stress relatert til kropp, rom og relasjon. Om atmosfæren i avdelingen er preget av travelhet kan pasienten føle at sykepleien mangler omsorg (Fredriksen & Ringsberg 2007).

Å utøve holistisk omsorg i et intensivmiljø kan oppleves utfordrende da det kan være vanskelig å skjønne og tolke uttrykk hos den som er veldig syk, og ofte må dette gjøres under tidspress. Det kan være viktig for intensivpasientens liv og velvære at intensivsykepleierne kan gjøre riktige valg i forhold til den sykepleien hun/han utøver. Dette krever gode erfaringsmessige, teoretiske og tekniske kunnskaper.

2.8 Tidligere forskning

Søkene i denne oppgaven har vært begrenset til år 2004-2014. Det er søkt i databaser via biblioteket ved Nord Universitet. Databasene som er brukt er Cochrane, PubMed, Google scholar, Ovid Nursing og Helsebiblioteket. Søkord brukt i forskjellige kombinasjoner er: Physical touch. Body touch. Phenomenology. Nursing. Intensive care. Det er også gjort manuelle søk.

For å oppsummere tidligere forskning rundt berøring, tas det utgangspunkt i en review fra 2005 ved Gleeson og Timmins (“A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention”) med oppsummert forskning fra 1978-2002. Gleeson og Timmins (2005) har søkt via Cinahl/Proquest og Pubmed med søkeord: Touch. Nursing. Care. Caring. Communication. Interpersonal communication. Funn fra studien var at det fram til 2002 har vært gjort lite forskning rundt emnet. De fleste studier har historisk sett vært kvantitative, men det er gjort noen kvalitative studier den senere tid, særlig innen geriatri. Studiene har hovedsakelig fokusert på tre områder: Sykepleiernes bruk av berøring. Effekt av berøring. Opplevelse av berøring.

Hovedfunn: 1. Sykepleieres bruk av berøring: Studier har vist at berøring er en essensiell komponent i sykepleiernes omsorgsarbeid. Det brukes mange forskjellige uttrykk på bruk av berøring, og berøring deles inn i forskjellige typer. Berøring assosiert med sykepleieroppgaver eller prosedyrer kalles instrumentalt, nødvendig, oppgaveorientert, funksjonell. Flere studier konkluderer med at denne typen berøring er mer vanlig enn andre typer berøring. Det som kalles ikke-nødvendig berøring, ekspressiv berøring, hengiven/affektiv berøring, beskyttende berøring er ikke så vanlig blant sykepleiere, noen studier indikerer at det skjer veldig sjeldent. Slik berøring er oftest en spontan handling fra sykepleierne for å vise omsorg, hengivenhet/affeksjon eller oppmerksomhet.

2. Faktorer som virker inn på sykepleieres bruk av berøring: De områdene sykepleiere berører mest på pasientene er armer, skuldre, hår og panne. De områdene sykepleiere berører minst er ører, hals og genitalier. Hvor mye sykepleierne bruker berøring kan avhenge av tre variabler. 1: Personligheten, oppveksten og livserfaringen til sykepleieren. 2: Stress på arbeidsplassen kan føre til mindre bruk av berøring, mindre engasjement. 3: Pasientvariabler. De som blir berørt mest er de alvorlig syke med dårlig prognose og kvinnelige pasienter blir berørt mer enn menn. Når det gjelder eldre pasienter, spiller ikke kjønn like stor rolle. Sykepleiere med kort erfaring bruker mer berøring enn de med lang erfaring viser en studie, mens en annen

viser ingen signifikant forskjell. Hvis sykepleierne tolker at berøring fra pasienten kan være seksuelt motivert, kan de reagere med sinne. Nesten alle sykepleiere i en studie har opplevd berøring av voldelig art fra pasienter.

3. Effekt av og erfaring med berøring: Studier har vist at det kan være en maktdimensjon i bruk av berøring hvor pasienten føler seg underlegen og depersonalisert, mens for andre representerer berøring et uttrykk for omsorg. Pasienter som er innlagt på sykehus forventer å bli berørt, men berøring kan skape ubehag for både pasient og sykepleier. Noen pasienter synes det kan være ubehagelig å bli berørt i ansiktet eller å få en arm lagt rundt skuldrene. Berøring sammen med verbal kommunikasjon kan redusere blodtrykk og puls som tegn på redusert stressnivå hos pasienten, mens andre studier har vist ingen forskjell. Berøring under måltid kan forbedre matinntaket hos eldre. Flere studier har vist at ikke-nødvendig berøring virker beroligende, avslappende og at pasientene setter pris på det. En studie har vist at sykepleieren gjerne vil berøres av pasienten som uttrykk for takknemlighet. Håndmassasje er vist å senke angstnivået hos demente. I berøring ligger også det å utøve en sosial rolle samt å dele åndelighet.

De fleste studier har vært små, noe som begrenser generaliserbarhet. Gleeson og Timmins (2005) fant at det kan være vanskelig å finne en god metode for å forske på berøring da bruken av berøring vil kunne påvirkes ved observasjonsstudier. Flere forskningsresultater har konkludert med at berøring kan oppleves negativt av pasienten selv om sykepleierens intensjoner er gode, og det er funnet lite evidens for terapeutisk nytte av berøring.

Konklusjonen på denne review er at bruk av berøring som intervensjon bør begrenses inntil det foreligger forskning som kan gi klare retningslinjer for bruken.

Funn av forskning perioden 2005-2014 vises i en tabell. Tabell 1:

Forfattere. Tittel. Land.	Type studie. Kategori.	Hovedfunn
Borch, Ellen og Hillervik, Charlotte.»Opplevelser av kroppslig berøring i omvårdnadsarbeidet –pasienter berättar». Sverige. 2005.	Dybdeintervju. Pasienterfaring	Berøring er nødvendig og personalet bør etterstrebe positive opplevelser for pasienten. Sykepleieren bør ha et jeg-du forhold til pasienten, men kan møte pasienter som ønsker jeg-det forhold til både personale og egen kropp. Det kan være vanskelig å sette ord på opplevelser av berøring. Delaktighet er viktig og kan øke følelse av velbehag og minske følelse av avhengighet.
Fredriksen, Sven-Tore, Ringberg, Karin C. "Living the situation stress-experiences among intensive care patients". Norge og Sverige. 2007.	Review, fra fenomenologisk-hermeneutisk synsvinkel. Hvilke typer stress opplever intensivpasienten. Pasienterfaring	Intensivpasienten opplever stress knyttet til kropp: Svetting, økt hjertefrekvens, hyperventilering, uro, søvnproblemer. Å miste kontroll oppleves som en trussel. Noen føler at teknisk utstyr gir følelse av sikkerhet, for andre er det traumatisk og gir redsel. Tap av mening: Når pasienten ikke skjønner hva som skjer i situasjonen, og ikke kan flytte seg fysisk bort fra den, fjerner han seg mentalt fra situasjonen. Kroppens liggende posisjon kan gi endret opplevelse av lyd og lys, og kan gi en

		følelse av tap av makt. Det føles viktig med kontinuitet i pleien med både leger og sykepleiere, og at det er en atmosfære av ro. Pasienten trenger å føle seg viktig, og å ha kontinuerlig kontakt med sine nære. Hvis ikke, gir det følelse av mangel på omsorg. Når intensivpasienten ikke kan snakke eller bevege seg gir det en følelse av hjelpeløshet. Dette kan virke truende på eksistensen. Helsepersonellet skjønner ikke hva pasienten opplever pga. mangel på erfaringsbasert kunnskap. Dette kan føre til tap av viljestyrke, kapabilitet og vitalitet hos pasienten.
Edwards, Susan C. «An anthropological interpretation of nurses' and patients' perception of the use of space and touch». England.2007.	Observasjon og semistrukturerte intervjuer. Eldre og sykepleiere. Bruk og Effekt.	Pasienter forventer og godtar å bli berørt når de er innlagt sykehus. Det er uskreve regler i sykehus om at alle kan berøre pasientens kropp. Sykepleiere oppfordres til å tilstrebe nøytrale omgivelser og til å distansere seg fra pasienter. Nye sykepleiere oppfordres til å holde pasientens hånd som trøst ved ubehagelige prosedyrer. Det er en maktbalanse der pasienten er subordinert sykepleieren ifht makt. Sykepleiere kan føle seg truet og føler at hun/han mister makt når pasienter tar initiativet til berøring.
Carlsson, Gunilla. «Vård som berør –en studie av våldsomme møten inom psykiatrisk vård» Sverige. 2007.	Beretnelser og kvalitative intervjuer. Pasient- og Sykepleier- erfaring	Gjennom aggressiv adferd formidler noen pasienter sin sårbarhet. Når sykepleieren formidler med sine øyne og med sin rolige væremåte at de vil pasienten vel og at de ønsker å lytte til det pasienten formidler, virker dette beroligende på den aggressive pasient.
Hov, Reidun, Hedelin, Birgitta og Athlin, Elsy. «Good nursing care to ICU patients on the edge of life». Norge og Sverige. 2007.	Fokusgruppe-intervjuer. Intensivsykepleieres erfaringer.	Det kan være vanskelig for pasienten å skille dag fra natt, fantasi fra virkelighet og å føle skillet mellom kropp og maskin. Intensivsykepleiere bruker berøring sammen med tale for å redusere stress, re-etablere sensorisk balanse, bekrefte grensene for pasientens kropp og hans følelse av å være i live. God sykepleie baseres på kjennskap til hver enkelt pasients situasjon. Noen intensivpasienter er så utslitt av sykdom og behandling at de ikke greier å uttrykke annet enn lidelse. Enkelte pasienter opplever behandlingen som tortur, men er i ettertid takknemlige for å ha overlevd. Intensivsykepleieren oppmuntres til å holde pasientens hand, men unngå for intim berøring. Berøring kommuniserer håp og trygghet og reduserer angst hos pasienten. Pasientens verdighet opprettholdes ved å dekke til pasientens nakne kropp, unngå overbehandling, samt beholde pasientens autonomi. God sykepleie krever kontinuitet, kjennskap, kompetanse og samarbeid, samt klare mål å jobbe mot. Hjørnesteiner i sykepleien er verbal kommunikasjon, bruk av hender og fokus mot pasientens objekt-subjekt kropp. Intensivsykepleieren bør kunne bruke det medisinske utstyret så godt at det ikke kommer til hinder for å utføre holistisk sykepleie. Det bør forskes mer på pårørendes situasjon. Intensivsykepleieren trenger opplæring i berøring og i vanskelige samtaler med pasienter.
Schou, Lone og Egerod, Ingrid. «A qualitative study into the lived experience of post – CABG patients during mechanical ventilator weaning». Danmark. 2008.	Semistrukturerte dybdeintervjuer. Lett sederte respiratorpasienter. Pasienterfaring	Behandlingen føles ubehagelig. Pasientene føler seg ensom, og skulle gjerne ha hatt mer kontakt med sykepleierne. De ønsker mer øyekontakt med sykepleierne, at de blir snakket til og mer berøring. Tiden virker veldig lang og «snart» betyr noe annet for pasienten enn for sykepleieren. Lite kommunikasjon kan gi økt følelse av angst. Å ha besøk av sine nære føles veldig viktig.
Almerud, S. ; Alapack, R. J.; Frilund, B. og Ekebergh, M. «Beleaguered by technology. Care in technologically intense environment». Sverige og Norge. 2008.	To kvalitative studier. Pasienterfaring og sykepleiererfaring. Intensivavdeling. Erfaring og mening.	Intensivpasienten føler seg usynlig og sårbar. Det tekniske utstyret er oftest i fokus. Sykepleieren føler seg trygg når hun tar hyppige målinger med teknisk utstyr. Teknologi kan aldri erstatte nærheten og empatien i den menneskelige berøring. Omsorgsløs bruk av teknisk utstyr kan ha gjort profesjonen for teknologisk rettet. Brukt av teknologi virker ikke beroligende eller gir håp til pasienten. Både teknologisk presisjon og omsorg er begge viktige aspekter i pleien av intensivpasienten, og må integreres. Det er en utfordring å vite når en bør redusere viktigheten av det objektivt målbare og øke bevisstheten rundt pasientens levde erfaring.
Harding, Thomas; North, Nicola og Perking, Rod.	Diskursanalyse.	Berøring av kvinnelige sykepleiere regnes som en naturlig del av sykepleien hvor en utviser fysisk og følelsesmessig omsorg.

<p>“Sexualizing men’s touch. Male nurses and the use of intimate touch in clinical practice. Norge og New Zealand. 2008.</p>		<p>Mannlige sykepleiere bruker berøring annerledes enn kvinner. De er redd for å bli mistenkeliggjort for å ha seksuelle baktanker ved berøring. De bruker beskyttende strategier som distanserer dem fra pasienten, noe som kan skape et unaturlig forhold til pasienten. Det trengs mer forskning på maskulinitet, kvinnelighet og sykepleie.</p>
<p>Chang, Sung Ok. «The conceptual structure of physical touch in caring». Sør-Korea. 2008.</p>	<p>Feltstudie. Dybdeintervju Helsepersonell Pasienter og friske. Effekt og erfaring.</p>	<p>Berøring kan deles inn i kategorier; Fysisk, Emosjonell, Sosial, Spirituell. Berøring trenger å bli behandlet holistisk. Berøring kan ha positiv betydning for pasientens velvære, og virke beroligende.</p>
<p>Playfare, Catherine. “Human relationships. An exploration of loneliness and touch”. England. 2010.</p>	<p>Review. Hvordan kan refleksjon bli brukt av sykepleiere for å skjønne døende pasienter bedre?</p>	<p>Berøring kan virke tvetydig. Når man skjønner kompleksiteten i berøring kan det brukes til å uttrykke seg og formidle empati, med positive resultater. Refleksjon ifht. praksis er viktig for sykepleieren, og kan utvikle større selvbevissthet. Det er flere dimensjoner av ensomhet, og eksistensialisme kan gi kunnskap om dette. Ensomhet manifesterer seg både hos pasient og sykepleier.</p>
<p>Van Dongen, Els og Riekje, Elema.»The art of touching; The culture of body work in nursing». Nederland. 2010.</p>	<p>Deltakende observasjon. Psykiatri.</p>	<p>Berøring skaper nødvendige bånd mellom pasient og sykepleier. Måten sykepleiere berører kan ses mot ideer og verdier i omsorg med empati og kjærlighet til mennesket. Sykepleierens emosjonelle dimensjon oversees, som ses i kulturens ambivalente forhold til berøring. Sykepleiere utdannes i bruk av teknisk utstyr, men ikke i å håndtere egne reaksjoner og følelser. Berøring i sykepleie er blitt mer en kunst enn en profesjonell aktivitet med regler og teknikker. Syn på kropp har endret seg; Kropper er objekter som berøres på en rasjonell, profesjonell, distansert måte uten at følelser involveres. Berøring kan vekke negative følelser hos sykepleieren. Privat rom defineres av gardiner rundt sengen. Sykepleieren er var for det private rom, og berøring kan dermed bli mindre spontan. Trenger mer forskning om sykepleierens følelser som vekkes ved berøring.</p>
<p>Bundgaard, Karin og Nielsen, Karl B. «The art of holding hand». Danmark. 2011.</p>	<p>Fenomenologisk-Hermeneutisk. Pasient- og sykepleier- erfaring. Endoskopi-undersøkelse.</p>	<p>Å holde pasientens hand under undersøkelsen er et viktig verktøy for å bygge et tillitsfullt pasient-sykepleier-forhold. Det gir pasienten en følelse av at sykepleieren er tilstede og er klar til å hjelpe. For sykepleieren er det å holde handen til pasienten både emosjonell og relasjonell omsorg. Samtidig med å holde pasientens hand utøver sykepleieren teknisk sykepleie ifht bruk av teknisk utstyr. Det brukes også for å sikre at pasienten er i ro under undersøkelsen.</p>
<p>Papathanassoglou, Elizabeth D.E. og Mpouzika, Meropi D. A. «Interpersonal touch. Physiological effects in critical care». Hellas. 2012.</p>	<p>Review. Biologiske effekter av berøring. Massasje, terapeutisk berøring.</p>	<p>De fysiologiske effekter av berøring er uklare. Muligens kan kritisk syke ha positiv effekt av berøring, konkludert ut fra redusert blodtrykk, respirasjonsrate, bedre søvn og reduserte smerter.</p>
<p>Green, Catherine. «Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse- patient interactions». USA. 2013.</p>	<p>Filosofisk refleksjon. Ny kategori.</p>	<p>To hovedaspekter i relasjonen: Det er en klinisk intimitet under berøring. Pasienten er i en eksistensiell krise med mulighet for tap, lidelse og død. Den taktile sans er fundamental for konstituering av selvet og for utvikling av den menneskelige intersubjektivitet. Også sykepleierens selv blir utfordret og berørt av berøringen.</p>
<p>Fredriksen, S-T. D, Talseth A-G., Svensson, T. «Body, strenght and movement – intensive care patients`experience og body”. Norge og Sverige. 2008.</p>	<p>Pasienterfaringer</p>	<p>Egen kropp oppfattes ukjent ved redusert kraft og evne til bevegelse. Ubehagelig å føle seg av avhengighet av personalet. Å bli behandlet instrumentelt gir følelse av å være ekskludert fra eget liv og fra situasjonen. Føler seg ivaretatt når sykepleieren viser interesse og engasjement, er mentalt tilstede med pasienten. Ved ubehagelig prosedyrer distanserer pasienten seg fra egen kropp. Oppfatninger av farger endrer seg. Føler at de har gått glipp av noe viktig mens de var i koma. Føler seg ansvarlig for familiemedlemmer. Materielle ting synes uvesentlig, å være i live er målet. All fremgang gir håp. Opplevs viktig å være i oppreist/vertikal posisjon.</p>
<p>Fredriksen, S-T. D, Svensson, T. “The bodily presence of significant others. Intensive</p>	<p>Pasienterfaringer</p>	<p>Konflikt mellom nærhet og distanse til pårørende. Ambivalent kroppsreaksjon. Nærhet og berøring kan både styrke og svekke følelse av samhold. Vansker med kommunikasjon kan gi</p>

care patients`experience in a situation of critical illness. Norge og Sverige. 2010.		frustrasjon. Pasienten opplever konflikt mellom ønsket om nærhet med pårørende og den utslitte kroppens behov for hvile og beskyttelse mot unødvendige inntrykk.
Fredriksen, S-T. D., Svensson, T. «Fra lært kropp til ulært kropp. –Om overføring av erfart kunnskap fra sykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner». 2009.	Observasjonsstudie og intervjuer. Intensivsykepleier og intensivsykepleier-studenter.	Sykepleieren sanser og tar inn i kroppen pasientens uttrykk for uro og innestenghet, som gir en kroppslig og relasjonell sammenknytning mellom pasient og sykepleier. Med erfaring kan sykepleieren lettere se og tolke pasientens kroppsuttrykk og gjøre riktig sykepleiefaglig intervensjon. De retter fokus mot svikt i enkelte kroppsfunksjoner og ser dette i sammenheng med helheten. Gjennom å vise studentene hvordan de tenker rundt nåværende situasjon, tidligere tilstand, framtidsutsikter og mulige komplikasjoner hos pasienten vekkes en kroppslig bevissthet hos studenten og erfaringskunnskap oppnås. Mening oppstår i møtepunktet mellom formalkunnskap og sanseintrykk.

Søkene viser at det er gjort svært lite forskning rundt intensivsykepleieres erfaringer når det gjelder fordring til å berøre. En artikkel har konkludert med at det bør forskes mer på sykepleieres erfaringer med følelser i forhold til berøring.

3.0 METODE

I dette kapitlet gjør en først rede for metodisk tilnærming og kvalitativ metode. Deretter presenteres fenomenologisk-hermeneutikk og forforståelse. Videre presenteres hvilken tilnærming til forskningsfeltet som er brukt, kvalitativ metode og datasamling. Deretter kommer et avsnitt om analysemetode. En viser så hvilke etiske overveielser som er gjort ved studien. Deretter følger et avsnitt om forskningskvalitet, metodekritikk og til slutt presenteres refleksjoner rundt intervjuprosessen.

3.1 Metodisk tilnærming. Kvalitativ metode

Denne studien har en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder omfatter flere måter å systematisk innhente, organisere og tolke tekst fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Metodene bygger på fenomenologi som er teori om menneskelig erfaring samt hermeneutikk som er teori om fortolkning (Malterud 2013). Kvalitative metoder benyttes dersom en ønsker å vite noe om menneskers erfaringer, holdninger og opplevelser. Det er problemstillingen som styrer valg av metode. Ut fra problemstillingen «Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten» ble det valgt en kvalitativ tilnærming siden hensikten i denne studien er å få frem intensivsykepleieres erfaringskunnskap rundt hva som fordrer de til å berøre intensivpatienter. Innenfor den kvalitative tradisjonen er det flere muligheter for metodiske valg, for eksempel fokusgruppeintervjuer, observasjonsstudier, metasyntese og grounded theory (Malterud 2013). For å få innblikk i intensivsykepleierens meningsverden ble det i denne oppgaven valgt individuelle kvalitative, semistrukturerte intervjuer for å belyse temaet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er man ved et kvalitativt forskningsintervju interessert i den intervjuedes livsverden, deres holdninger, følelser og opplevelser. Et kvalitativt intervju skal ha form som en samtale med vanlig språkbruk hvor formålet er å samle inn kvalitativ kunnskap gjennom nyanserte beskrivelser ved vanlig språkbruk. Det samles inn beskrivelser av erfarte situasjoner, og disse kan inneholde informasjon om mange emner. For å få vite noe om temaet en ønsker å forske på, er det viktig at forskeren har bestemte temaer en fokuserer på, men også at en viser åpenhet overfor uventede fenomener (Kvale & Brinkmann 2009). Det ble laget en intervjuguide hvor hovedpunktene var skissert, dette for å holde intervjuet innen riktig tematikk. Ellers gikk intervjuene i forskjellige retninger innenfor tematikken, dette ut fra intervjupersonens erfaringer. Intervjuene skal ifølge Kvale og Brinkmann (2009) transkriberes. Den skrevne

teksten og lydopptakene utgjør til sammen materialet for den etterfølgende meningsanalysen hvor målet er å få frem meninger og sentrale temaer i intervjupersonens livsverden. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av Lindseth og Norbergs (2004) analysemetode, se avsnitt 3.5.

3.2 Fenomenologisk-hermeneutikk

I dette avsnittet presenteres det fenomenologisk-hermeneutiske perspektivet som et vitenskapsfilosofisk forskningsperspektiv. Det anvendes i denne oppgaven en kvalitativ metode. Mange av de kvalitative metodene bygger på det fenomenologisk-hermeneutiske forskningsperspektivet og dette perspektivet vil således danne bakgrunn for oppgaven. Metoden som benyttes i denne oppgaven er fenomenologisk-hermeneutisk metode. Denne metoden består av to ulike posisjoner og inneholder elementer fra både fenomenologi og hermeneutikk (Thornquist 2002).

Fenomenologi er ifølge Thornquist (2002) læren om det som kommer til syne for og erfares av den enkelte person og hvor mening oppstår for den enkelte ved aktiviteter og resultatet av disse. Væren-i-verden gir menneskene felles erfaringer som gjør at man kan forstå hverandre. Forskning innen fenomenologi betegnes som en erfaringsfilosofi hvor en er forsøker å beskrive et fenomen slik det fremstår for en annen. Forskeren forsøker å forstå det han/hun opplever med bakgrunn i sine egne erfaringer (Thornquist 2002). Ved en fenomenologisk tilnærming stiller forskeren seg bevisst naiv, åpen og lyttende for å påvirke forskningsresultatet minst mulig (Kvale & Brinkmann 2009). Den fenomenologiske posisjonen er i denne oppgaven knyttet til hvordan intensivsykepleierens livsverden viser seg når det gjelder fordring til å berøre.

Hermeneutikk er en filosofisk tradisjon som dreier seg om forståelse og fortolkning og hvordan man skal gå frem for å komme frem til gyldige fortolkninger. Hermeneutikk inkluderer normer og verdier som regulerer menneskelige aktiviteter (Thornquist 2002). Den hermeneutiske posisjonen er i denne oppgaven knyttet til forskerens fortolkningsposisjon om informantens livsverdensuttrykk. Innen fenomenologisk-hermeneutikk er forståelse en helhet som trer frem gjennom den hermeneutiske sirkel hvor en forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist 2002). Forskeren har gjennom de ulike trinn i

forskningsprosessen stadig gått tilbake til det transkriberte materialet og har sett at nye tolkninger og ny forståelse har oppstått gjennom denne vekslingen.

Fenomenologisk-hermeneutisk metode er en metode hvor fenomenet som skal fortolkes er definert før en oppsøker fenomenet. Metoden er valgt ut fra den tilnærming som best kan gi svar på problemstillingen hvor en forsøker å forstå mer av intensivsykepleiernes erfaringsverden rundt fenomenet fordring. Forskning innen fenomenologisk-hermeneutisk retning har som mål å komme saken nærmere slik den oppleves og tas for gitt av den enkelte (Thornquist 2002). Forskningen foregår som uformelle og lite strukturerte samtaler og observasjoner av mennesker i de naturlige situasjoner hvor forskeren forholder seg åpen og tilbakeholden. En definerer ikke kategorier på forhånd, men tar utgangspunkt i utsagn fra den enkelte (Thornquist 2002). I denne studien ønsker en å vite noe om hvordan fenomenet fordring berører intensivsykepleiere til berøring og hvordan berørtheten trer frem hos den enkelte intensivsykepleier. Gjennom metodevalget fikk en dybdekunnskaper i forhold til den enkelte intensivsykepleiers erfaringer. Kategorier var ikke definert på forhånd, men oppsto gjennom analyseprosessen.

Det vil alltid finnes en utilgjengelig sone i den andres bevissthet fordi menneskene har forskjellige erfaringer og forståelse, slik at en vil ved forskning ikke kunne forstå et mennesket fullt ut (Nordtvedt & Grimen 2004). Den kunnskapen man får gjennom forskningen en del av intensivsykepleiernes erfaringsverden om fenomenet er avhengig av hvordan intensivsykepleieren formidler det og hvordan det tolkes av forskeren.

Fenomenologisk-hermeneutisk metode fremmer at forståelse bare kan tre frem i forhold til den historiske og kulturelle setting man er i samt personens tidligere erfaringer (Thornquist 2002). Forståelseshorisont er et uttrykk for oppfatninger, erfaringer og forventninger og begrepet for-dom dreier seg om den forforståelse vi møter et fenomen med (Thornquist 2002). Forskerens forforståelse består av teoretisk bakgrunn, hypoteser, faglige interesser og perspektiver, motiver og erfaringer og vil kunne påvirke alle steg i forskningsprosessen og også forskningsresultatet. Forskeren fortolker data fra studien opp mot sin egen forforståelse og blir slik til en del av sine data (Malterud 2013). I denne studien er motivet en eksamen i Master i klinisk sykepleie, samt at forskeren ønsker å forstå et fenomen. Forskeren har videreutdanning i intensivsykepleie og arbeidserfaring som intensivsykepleier. Det at forskeren har samme utdanning som intervjupersonene kan mulig føre til at intensivsykepleierne åpner opp og forteller mer siden de møter en som har erfaringer lik intervjupersonenes. En fare ved nærheten til forskningsfeltet kan være at forskeren tolker

utsagn og stemning ut fra egen erfaring og ikke greier å se på det transkriberte materialet som tekst, men identifiserer seg for mye med intervjupersonene. Nærhet til forskningsfeltet vil kunne påvirke de valg som gjøres i forhold til teori, metode og analyse på grunnlag av verdier og identitet, noe som mulig kan påvirke analyseresultatet.

Forskeren hadde lite teoretisk bakgrunn fra temaet og leste seg opp på teori og tidligere forskning rundt temaet i forkant av intervjuene. Den teoretiske bakgrunnsforståelsen vil kunne påvirke hvilke spørsmål forskeren stiller og hvordan en forstår det informantene forteller. Kjennskap til feltet vil kunne åpne opp for å se hva som beveger seg der, men en mulig fallgrube om en har for lite kunnskaper rundt temaet kan være at en går glipp av aspekter som burde vært med i intervjuguiden (Malterud 2013). I intervjuene var det fokus på å snakke rundt flere aspekter av intensivsykepleiernes arbeidshverdag for å ikke utelukke vinklinger som kunne være interessante. Veileder på denne oppgaven har også bakgrunn som intensivsykepleier og som forsker med erfaring fra fenomenologisk-hermeneutisk metode, noe som også vil gi en forforståelse i forhold til egne erfaringer og utdanning.

3.3 Tilnærming til forskningsfeltet

En startet bredt ut med å lese forskning som omhandler berøring. I tillegg teori som kunne være aktuell i forhold til omsorg, berøring, sensibilitet og sykepleie. Det ble også lest teori om metode og om forskning. For å finne informanter ble det sendt mail med vedlagt brev til fagsjef og enhetslederne ved to forskjellige intensivavdelinger i Norge (vedlegg 2, 3). Deretter tok en telefonisk kontakt med fagsjefer og enhetsledere. For å sikre anonymiteten til deltakerne delte enhetslederne ut informasjonsbrev til flere hvor de ble bedt om å kontakte forskeren direkte, eller levere signert samtykkeskjema til enhetsleder som igjen skulle ta kontakt med forskeren (vedlegg 4). Enkelte av de som ønsket å delta tok kontakt med sin enhetsleder som igjen kontaktet forskeren for å avtale intervjutidspunkt. Det ble ikke gjort i en lukket konvolutt slik forskeren hadde tenkt, men de fleste av intensivsykepleierne tok muntlig kontakt med sin enhetsleder. Dette gjør at deres leder vet om disse personenes deltakelse, men ikke hva som kom frem i intervjuene.

For å få et utvalg som ga bredde i informasjonen ble det gjennomført åtte intervjuer. Informantene hadde minimum fem års erfaring som intensivsykepleier. Informantene arbeider på to forskjellige sykehus i Norge. Dette er et tema som kan kreve ettertanke, det kan være

vanskelig å gi gode svar og gode eksempler uten å ha forberedt seg. I informasjonsskrivet ble derfor intensivsykepleierne oppfordret til å tenke ut en pasienthistorie hvor berøring opplevdes viktig. Ikke alle hadde forberedt en pasienthistorie, men alle uttrykte at de hadde tenkt igjennom hvordan de brukte denne typen berøring i arbeidshverdagen.

3.4 Datasamling

Det ble forberedt spørsmål til kvalitative semistrukturerte individuelle intervjuer (Kvale & Brinkmann 2009). Spørsmålsguiden besto av noen få spørsmål (vedlegg 1). Det ble brukt tilleggsspørsmål som ”kan du forteller mer om...” og ”kan du utdype...:” for å få dybdekunnskaper om hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten. For å gjøre intervjusituasjonen mer praktisk for intensivsykepleieren ble det fleste intervjuene gjennomført i arbeidstiden deres. To intervjuer ble gjennomført utenom arbeidstid, etter ønske fra intervjupersonen. Varigheten på intervjuene var fra en halv til nesten en time, hvorav de første var kortest. Det ble brukt opptaksutstyr (båndspiller) for å transkribere det muntlige materialet til tekst og så kunne analysere svarene fra intervjuene i etterkant. I intervjuene forsøkte en å komme til en kjerne i hva det var som fordret berøringen av pasientens kropp.

3.5 Analyse

Det er i denne studien tatt utgangspunkt i Lindseth og Nordbergs analyseprosess (2004). Denne er handler om fortolkning og forståelse av en tekst, for å finne meningen med teksten. Lindseth og Nordbergs analyseprosess består av fire steg:

1. Naiv lesing: Teksten leses flere ganger med mål om å få en første følelse og forståelse for teksten som helhet. Lesningen gir ideer og spørsmål til den kommende strukturanalysen. En lar teksten tre frem slik at en kommer fram til hva teksten handler om.
2. Strukturanalyse: Teksten betraktes som et lukket system og forklares gjennom å søke i teksten etter en intern struktur eller at et mønster skal tre frem. Teksten deles opp i narrativer, såkalte meningsenheter. Disse komprimeres og en finner undertema og til slutt tema. En skal gå inn i teksten uten teori; Finne ut hva teksten strukturmessig handler om. Finne subtema og tema.

3. Finne støtte i teksten oppdelingen.

4. Lese naivt og strukturelt til en har funnet subtema og tema.

Dette er en systematisk metode hvor en under alle disse punkter i analyseprosessen gjør kritisk tolkning og drøfting. Funnene fra studien knyttes til teori og tidligere forskning rundt temaet, og ses i forhold til forskerens forforståelse. Målet med analysen er å forstå delene ut fra helheten og å forstå helheten ut fra delene.

Tabell 2: Eksempel på hvordan subtema og tema ble arbeidet fram

Narrativ	Komprimert narrativ	Subtema	Tema
Det merker du. «Her ligger du bare unna». Pasienten er helt lukket. De ser ikke på deg. De har ingen mimikk. Ingen øyekontakt.	Ansiktet er helt lukket, ingen mimikk	Blikket og ansiktets uttrykk	Den talende kroppen
De fleste som e i en sånn situasjon vil at man skal vær dem nær, enten vi eller pårørende. Noen trekker seg litt mer unna. Da flytter de litt på seg, eller trekker seg tilbake.	De fleste vil man skal være dem nær, og noen trekker seg mer unna ved å flytte litt på seg.	Nærhet og avstand	Den talende kroppen
Du ser det på de. På kroppen eller på øynene. Noen kan få ei stikkende svettelukt, sånn nervøslukt. Det er jo litt hva du senser i situasjonen.	Du ser det på de. Noen kan få ei stikkende svettelukt. Du senser i situasjonen.	Når følelsene «ligger på huden»	Den talende kroppen

3.6 Forskningsetikk

Vitenskap er en søken etter ny innsikt og sannhet, og i arbeidet med å få frem opplysninger om intensivsykepleierens erfaringer kan en fallgrube være at en krenker enkeltmennesket (Malterud 2013). Ifølge Alver og Øyer (1997) handler forskningsetikk om balansen mellom forskerens og forskningens interesser og det hensynet som tas til de som er med i forskningen og deres interesser. Det er forskerens ansvar å beskytte enkeltmennesket mot krenkelse og belastning. Belastninger intensivsykepleierne kan oppleve kan være psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse. Det er viktig at intensivsykepleieren kan stole på at den tilliten han eller hun viser forskeren ikke blir misbrukt, og at materialet blir forvaltet på en måte som samsvarer med hvordan det var ment (Malterud 2013). Det gjøres en konsekvensetisk vurdering hvor en veier behovet for forskningen opp mot den belastningen

en utsetter de det forskes på. Intensivsykepleiere står ofte i svært utfordrende situasjoner både arbeidsmessig og emosjonelt. De ble oppfordret til å ta kontakt med forskeren i ettertid om behov for videre samtale skulle oppstå. Det var ingen som kontaktet forskeren etter intervjuene.

Forskeren må forholde seg til grunnleggende prinsipper for ukrenkelighet og rettferdighet i forhold (Alver & Øyen 1997). Forskningsetikken som danner bakgrunnen for denne oppgaven er Norsk sykepleierforbunds forskningsetiske prinsipper (2007). Disse er basert på FN's menneskerettigheter og Helsinkideklarasjonens prinsipper om etisk standard. Forskningsetikk ble ivaretatt ved at deltakelse i studien var frivillig. Hver deltaker fikk et informasjonsskriv hvor det var opplyst at hver og en fikk lov til å trekke seg når det skulle være, og de ble lovet at opplysningene som kom fram skulle behandles konfidensielt. Studiens hensikt, utvelgelse av informanter og praktiske forhold var også opplyst. Alle deltakerne har bekreftet deltakelsen ved et skriftlig samtykke. Ingen har fremsatt ønske om å trekke seg fra deltakelse i etterkant av intervjuene. Navn på sykehus, avdeling og de som deltok i studien ble anonymisert. Under intervjuene fremkom det fortellinger fra reelle pasientsituasjoner og de ble anonymisert slik at ingen skal kunne kjenne seg igjen. Tilgang på forskningsdata er underlagt meldeplikt, og det er satt standarder på måten data samles inn, taushetsplikt, arkivering og gjenbruk av data (Alver & Øyen 1997). Siden forskeren i denne studien ikke var med i pasientsituasjoner eller intervjuet pasienter var det ikke nødvendig å søke Klinisk Etisk komitè. En slik studie krever godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og studien ble godkjent 22.12.2014, før en startet intervjuene.

3.7 Forskningskvalitet

Studien ble søkt kvalitetssikret i alle ledd som en kontinuerlig prosess for å gi et troverdig bilde av den virkeligheten som studeres, i denne sammenheng intensivsykepleiernes erfaringer rundt fordring, berørthet og berøring (Kvale & Brinkmann 2009). Forskeren søkte å utvise grundighet i alle ledd av prosessen og hvert ledd i forskningsprosessen ble sett opp mot metodeteori samt at hvert ledd ble vurdert av veileder. En erfarte at alle deler tok lengre tid enn først estimert. Det ble søkt utsatt innleveringsfrist for å bedre kunne utføre en studie og oppgave med god kvalitet i alle ledd.

Forforståelse og alle ledd av studien er beskrevet for at leseren skal få innsyn i prosessen som har pågått under studien og slik kunne vurdere resultatenes gyldighet (Malterud 2013). Denne studiens analyse er blitt validert gjennom at to forskere har sett nærmere på at tema og subtema henger sammen og at en har dekning i teksten for funnene gjennom tekstanalysen.

En masteroppgave har en viss varighet og størrelsesmessig begrensning. Det ble derfor på forhånd vurdert om antall deltakere i studien kunne gi grunnlag for et bilde av virkeligheten samtidig som forskeren kunne håndtere, analysere og drøfte de data som kom frem på en grundig måte innenfor tidsrammen. Denne studien har åtte informanter og to involverte sykehus innenfor ett land. Det er vanskelig å generalisere funnene på bakgrunn av en så liten studie. Likevel kan man ikke se bort fra at funnene kan være gjenkjennbare i lignende sykehusavdelinger. Reliabilitet ses i forhold til om metodene som er blitt brukt er passende til det som studeres (Malterud 2013), og metoden individuelt, kvalitativt, semistrukturert intervju og analysemetoden til Lindseth og Norberg (2004) ble ansett som hensiktsmessige for å få frem hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten. Valget av metode ble gjort på bakgrunn av at det anses som en egnet metode for å få tak i intensivsykepleieres meningsverden. I en slik studie vil resultatet være avhengig av at intensivsykepleierne deler av sine erfaringer, og forskerens oppfatning er at intensivsykepleierne delte åpenhjertig av sine erfaringer rundt pasientsituasjoner hvor fordring, berørthet og berøring var viktige. Dette gjør at den transkriberte teksten som er utgangspunkt for analysen oppfattes å være pålitelig. Forskeren har vært grundig i transkribering, analyse og drøfting, og anser resultatene som pålitelige. Alle ledd i forskningsprosessen vil påvirkes av forskerens valg og forforståelse (Malterud 2013), og resultatene må derfor ses i lys av forskerens bakgrunn som intensivsykepleier. Forforståelse er redegjort for i avsnitt 3.2. Funn fra studien kan tyde på at dette er en type berøring som intensivsykepleierne bruker hver dag, men som er en taus del av intensivsykepleiernes arbeid. En ikke kan se at det er forsket på temaet tidligere, og studien anses derfor som relevant for intensivsykepleiere og deres arbeidsfelt.

3.8 Metodekritikk

Ved valg av fenomenologisk-hermeneutisk metode blir intervjueren en medforfatter i teksten (Kvale & Brinkmann 2009). Det er forskeren som fører fokuset i intervjuet og som velger ut hvilke spørsmål som skal brukes i intervjuene. Hvordan spørsmålene stilles vil også kunne påvirke svarene. Hvilke uttalelser forskeren ønsker utdyping av vil kunne påvirke hvilken retning intervjuet tar (Kvale & Brinkmann 2009). Det ble forberedt en intervjuguide med

temaer en ønsket å vite noe om. Under intervjuene dukket det opp flere aktuelle temaer en ville spørre neste intervjuperson om. Slik ble intervjuene lengre og mer innholdsrike utover intervjuprosessen. Ved utvalg av spørsmål samt måten disse blir stillet kan forskeren lede intervjupersonene til å svare det de tror forskeren vil høre, og om man stiller for mange spørsmål kan man gå glipp av viktige temaer som er del av intervjupersonens erfaringsverden (Kvale & Brinkmann 2009). Det ble derfor brukt tid i intervjuene hvor forskeren lot det få lov å bli stillhet og rom for ettertanke for intervjupersonene. Enkelte ganger kom man tilbake til et tema litt senere i intervjuet, fordi personen ønsket å tenke seg om. I dette tilfellet var det forskeren som lagde intervju spørsmålene. Det var fokus på å lage åpne spørsmål for å lage minst mulig føringer for hva og hvordan intervjupersonene skulle svare. Det ble brukt båndopptak under intervjuene. Etterpå ble intervjuene transkribert og det muntlige materiale gjort om til et skriftlig. Kvale og Brinkmann (2009) poengterer at muntlig måte å gjøre seg forstått på ikke er det samme som skriftlig siden man også bruker pauser samt at kroppsholdning og ansiktsmimikk vil understreke eller tale imot det uttalte ord. Man ordlegger seg ofte annerledes muntlig enn skriftlig. Når man transkriberer skriver man ordrett hva intervjupersonen har uttalt og det er det skriftlige materialet som ligger til grunn for analysen. Det var den samme forskeren som utførte intervjuer, transkriberte og analyserte materialet. Ved analysen så en for seg intensivsykepleieren som hadde uttalt seg, det var nærmest som om en hørte stemmen og toneleiet. Da intervjuene ble transkribert ble det notert ned om intensivsykepleieren hadde brukt pause eller fått tårer i øynene slik at disse forhold var med på å danne grunnlag for analysen.

En mulig feilkilde ved bruk av en metode hvor tekst skal analyseres er at en misforstår teksten. En går da ut over tekstens innhold og tolker intervjupersonens uttalelser feil (Kvale & Brinkmann 2009). For å minimere risikoen for misforståelser gikk en i denne studien stadig tilbake til de transkriberte intervju for å vurdere holdbarheten i de meningsenheter og subtemaer en hadde valgt ut.

Denne studien er utført av én forsker. Om en hadde vært flere forskere som hadde jobbet sammen, ville en ha fått perspektivet fra to ulike mennesker i alle ledd av studien. Veileder har erfaring som intensivsykepleier og som forsker innen fenomenologisk-hermeneutikk og har blitt brukt til meningsutveksling innenfor deler av studien.

3.9 Refleksjon om intervjuprosessen

Det ble gjort 8 intervjuer over en tidsperiode på en og en halv måned. Det første var ment som et prøveintervju, men ble så vellykket at det ble tatt med. Intervjupersonen ga tillatelse til bruken av det. De første intervjuene varte cirka en halv time. Intervju 4-8 ble lengre, opptil 54 minutter. En mulig årsak kan være at intervjupersonene var mer erfarne eller reflekterte i forhold til temaet. Forskeren hadde nå opparbeidet erfaring med å holde intervjuer, og dette kan ha gjort at intervjusituasjonen var mer avslappet og ga mer rom til ettertanke rundt hvert tema underveis. Det kom også frem temaer i foregående intervjuer som en ønsket å høre disse personenes erfaring rundt, noe som resulterte i flere spørsmål. Mot slutten av intervjuene ble intervjupersonene tydelig sliten, mulig fordi de ble tatt med på en følelsesmessig reise gjennom mange erfarte pasientsituasjoner som hadde gjort inntrykk. Flere ble så berørt at de fikk tårer i øynene ved tanken på bruk av berøring i triste situasjoner. De beste intervjuene var der hvor intervjupersonene hadde fått vite om intervjuet i god tid på forhånd. Ved to av intervjuene var personene lite forberedt og ved disse intervjuene måtte det stilles flere spørsmål for å holde intervjuet i gang og en fikk flere «vet ikke» til svar. Ved enkelte intervjuer trengte kun forskeren å stille noen få spørsmål og intervjupersonen fortalte fyldig rundt temaet. Det var på forhånd forberedt en intervjuguide hvor temaene en ønsket å vite noe om var skisserte. I tillegg ble det tatt opp elementer som kom fram i tidligere intervjuer og spurte hva de følgende intervjupersonene tenkte rundt temaet. For eksempel kom det fram spontant i et av de første intervjuene at personen berører eldre pasienter mer enn yngre. Neste person fikk da spørsmål omtrent slik; Bruker du berøring likt hos eldre og yngre pasienter? Forskeren syntes det var interessant å oppleve hvordan intervjuet ble endret underveis, dette ved at intensivsykepleieren noen ganger bare så vidt svarte på spørsmålet før de vridde samtalen/intervjuet over i noe annet. Ved enkelte spørsmål kom det svar som for eksempel «kanskje det, muligens». Slike svar har man i analysen valgt å se bort fra da det ble ansett som at det var forskeren som stilte et ledende spørsmål, eller at intensivsykepleieren ikke hadde erfaringer rundt dette. En stilte spørsmål i form av «stikkord» eller temaer. Ved flere anledninger opplevde en at intervjupersonene assosierte videre og fortalte om sine erfaringer og pasienthistorier rundt nærliggende områder. Selv om det under intervjuet ble ansett å være en abstraksjon, viste analysen at flere av disse assosiativt baserte pasienthistoriene hadde aktuelle elementer i forhold til forskningsspørsmålet. Slik viste det seg at måten spørsmålene ble stilt var en anvendelig måte å få frem erfaringer rundt fenomenet fordring.

4.0 FUNN

I studien ble det funnet at det som fordrer intensivsykepleierne til å berøre intensivpatienten er komplekst. Intensivsykepleierne forteller om forskjellige situasjoner hvor de fordres til å berøre pasienten, og mange av intensivsykepleierne har vansker med å finne ord for å beskrive det som skjer. Noen snakker generelt rundt temaet, mens andre igjen setter ord på hva fenomenet dreier seg om. Intensivsykepleieren fordres både av pasienten og av de følelser som vekkes hos dem selv når de er sammen med pasienten, noe en ser gjennom et fenomenologisk tankesett hvor man fokuserer på at kropp og følelser ikke kan skilles, og at følelsene derfor kommer til syne gjennom kroppslige uttrykk og i bevegelsene (Thornquist 2002). Ved første analysefase som er naiv lesing av de transkriberte intervjuene kommer det frem at intensivsykepleierne har vansker med å sette ord på hva som fordrer til berøring av pasientens kropp. Intensivsykepleieren identifiserer seg med pasientens situasjon og sårbarhet og påvirkes dermed følelsesmessig. Fordringen synes å tre frem spesielt gjennom blikket og kroppsholdningen til pasienten og intensivsykepleieren bruker flere sanser for å tolke innholdet i fordringen. Berøring kan åpne for samtaler om hva som står på spill for pasienten og kan overføre trygghet og tillit. Gjennom den videre analysen kommer det frem at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten gjennom nærhet og avstand, gjennom det pasienten formidler gjennom blikket og ansiktets uttrykk og gjennom det uttalte ord. Videre skjer fordringen gjennom kroppens målbare uttrykk, når følelsene til pasienten ligger på huden og når intensivsykepleieren kjenner pasientsituasjonen i kroppen. Ut fra disse subtemaer kom det fram et overordnet tema; den talende kroppen.

4.1 Naiv lesing

Den naive lesingen ga inntrykk av at intensivsykepleierne anvender denne typen berøring hyppig, og det er en type berøring som blir lite pratet om i avdelingene. Mange manglet ord for å beskrive årsaker eller sammenhenger. Enkelte hadde en bevisst bruk av berøring i situasjoner hvor de hadde erfart at det kunne hjelpe. Erfaring gjorde at intensivsykepleierne brukte berøring hyppigere nå enn da de var nyutdannet. De anså berøring for å være en viktig del av det å gi god omsorg, som en naturlig del av pleien og som naturlig for dem som personer. Berøring ble ansett som å stort sett virke positivt på pasienten. I noen tilfeller var berøring av avgjørende viktighet for at pasienten skulle kunne kommunisere med omgivelsene. Det ble beskrevet situasjoner hvor berøring ikke ble tatt godt imot av pasienten,

og disse erfaringene gjorde at intensivsykepleierne ble mer tilbakeholdne i sin bruk av berøring i lignende situasjoner. Intensivsykepleierne beskrev at i hvert møte med pasienten leste de situasjonen i rommet. Det var vanskelig å sette ord på hva de vurderte, men de følte på stemningen og kjente på magefølelsen samt at de så på pasientens blikk og kroppsholdning. De prøvde seg fram med litt berøring på steder som ble ansett som ufarlig å berøre, for eksempel hånden til pasienten. Tegn på at pasienten ikke ønsket berøring kunne være at han/hun dro hånden tilbake eller hadde et flakkende blikk. Flere beskrev at pasienter kunne bli «svart i blikket», noe som ga ubehag, uten at de kunne forklare det nærmere. Intensivsykepleierne beskrev at de brukte hele seg, med mange sanser; syn, lukt, berøring for å innhente informasjon om hvordan pasienten hadde det og noen pasienter utsondret i rommet om de ønsket å bli berørt eller ikke. Intensivsykepleierne tolket tegn på til aggresjon og en avvisende kroppsholdning som at pasienten ikke ønsket å bli berørt. Likevel kunne intensivsykepleieren tolke at denne pasienten trengte berøring for å åpne opp for samtale om hva som sto på spill for pasienten. Berøring ble ansett for å ha en beroligende effekt på pasienten og å kunne gi trøst til pasienten som ble ansett å være i en sårbar og angstfylt situasjon, og intensivsykepleierne ønsket å menneskeliggjøre intensivmiljøet overfor pasienten. Det var da viktig å vise at de ville pasienten vel og overføre trygghetsfølelse og styrke til pasienten ved berøring. Intensivsykepleierne ble berørt av pasientenes situasjon og kjente litt på de samme følelsene som pasientene. Intensivsykepleierne tenkte på hva de selv hadde ønsket av berøring om de var samme situasjon som pasienten. Enkelte av intensivsykepleierne berørte pasienten selv om de selv ikke ville ha ønsket berøring i en slik situasjon, som del av rollen som intensivsykepleier. De trengte ikke å kjenne pasienten de berører, men de vurderte mengden berøring i hvert møte med pasienten. Berøring kunne få frem og forsterke følelser og brukes i stedet for ord, eller for å forsterke et budskap. Berøring kunne bevisst unngås å bli brukt fordi det kunne føre til at pasienten ikke kunne «holde seg sterk», ansett som en forsvarsmekanisme. Intensivsykepleieren ble berørt av den andres sårbarhet. Motorisk uro og barnets gråt syntes å vekke et omsorgsbehov i intensivsykepleieren, og det ble beskrevet som naturlig å ta opp barnet fra sengen, holde hånden eller stryke barnet på ryggen.

Funnene fra den videre analysen presenteres som seks subtemaer med sitater som eksempler fra intervjuene. Videre følger presentasjon av hvert subtema og til slutt hovedtemaet i de følgende avsnitt. Presentasjonen av funnene vil følge tabellens rekkefølge.

Tabell 3: Presentasjon av subtemaer og hovedtema.

Subtema	Tema
1: Nærhet og avstand	Den talende kroppen
2: Blikket og ansiktets uttrykk	
3: Det uttalte ord	
4: Kroppens målbare uttrykk	
5: Når følelsene ligger på huden	
6: Å kjenne pasientsituasjonen i kroppen	

4.2 Nærhet og avstand. Subtema 1

Intensivsykepleierne synes å fordres både *av* nærhet og avstand og *til* nærhet og avstand i forhold til intensivpasientene. Gjennom analysen fant en at fordring av nærhet og avstand synes å ha flere uttrykk. Denne typen fordring virker å omhandle pasientens uttrykk og reaksjonsmønster, ulike situasjoner, bruk av tid, behandling og kjennskap til pasienten. I det følgende presenteres eksempler fra empirien i forhold til de forskjellige områdene innen subtemaet. Først beskrives fordring som omhandler pasientens uttrykk og reaksjonsmønster. Flere av intensivsykepleierne forteller at mange pasienter er engstelige når de blir innlagt i intensivavdelingen, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Nyinnlagte pasienter er ofte engstelige for hva som skal skje. Ofte så skjer det når man holder i hånden imens man prater at man ikke blir så distansert. Man blir ikke den som står der i de hvite klærne. Man blir nærere, og det kan kjennes tryggere (Informant B).

Dette kan tolkes som at intensivsykepleieren fordres til nærhet og berøring av pasientens uttrykk for engstelse. Det virker som at intensivsykepleieren med sin berøring vil vise medmenneskelighet, ufarliggjøre situasjonen og trygge pasienten. Berøringen synes også å skape en følelse av nærhet mellom intensivsykepleier og den nye intensivpasienten, noe som kan ha sammenheng med å opprette et tillitsforhold. Enkelte samtaler mellom intensivsykepleieren og pasienten synes å fordre kroppslig nærhet og berøring, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Etter legevisitten går jeg tilbake til pasienten og setter meg ned. Da blir berøring en helt naturlig del. Da må man tilpasse måten å være på ut fra hvordan pasienten reagerer. Ut fra de signalene pasienten sender ut om det er ønskelig med berøring. Trekker de seg tilbake, eller... (Informant F).

Når intensivsykepleieren har samtaler alene med pasienten synes det å fordre nærhet og berøring. Det kan også virke som at situasjonen til pasienten etter samtale med legen kan fordre nærhet og berøring. Intensivsykepleieren synes å tilpasse sin bruk av nærhet, avstand og berøring til den enkelte situasjon ut fra en stadig tolking av uttrykkene fra pasienten. En av intensivsykepleierne forteller om en døende pasient og hans/hennes pårørende:

Det blei ei veldig god samling, men samtidig også litt vanskelig. Man sto oppi en situasjon hvor man skulle vise respekt og verdighet for den som snart dør og gjøre det på en fin måte. Samtidig skulle man ta vare på de pårørende. Da måtte man være tilstede med å gi av seg selv. ... Tidvis var jeg der sammen med dem, holdt de i handa. Og så noen minutter etterpå kunne jeg trekke meg litt unna og ikke ta del i alt. Det var en nærhet som virket samlende. ... Berøring fører til at man blir mer nær. Og er man nær, så er det mer naturlig å berøre (Informant G).

Ut fra dette virker det som at berøring medvirker til å skape en følelse av nærhet mellom intensivsykepleier og pasient og i dette tilfellet også pårørende. Opplevelsen av nærhet synes å fordre intensivsykepleieren til å berøre. Intensivsykepleieren er i rommet som fagperson og som medmenneske, og synes å fordres til nærhet og berøring av pasienten som et uttrykk for respekt og verdighet ved livets slutt. Samtidig synes sykepleieren å bli fordret til nærhet og berøring av de pårørendes behov for medfølelse og trøst. Intensivsykepleieren synes situasjonen er vanskelig, noe som kan tolkes som at hun/han er berørt av situasjonen og at situasjonen med den døende pasienten og de sørgende pårørende gjør sykepleieren usikker på graden av nærhet og berøring. Det synes å være en stadig bevegelse hvor intensivsykepleieren veksler mellom nærhet og avstand til pasienten og hans pårørende mens hun/han kjenner på stemningen i rommet og på følelser i egen kropp. Intensivsykepleierne forteller at ikke alle pasientene ønsker den nærheten som berøring innebærer, noe denne intensivsykepleieren forteller om: «*De fleste som er i en sånn situasjon vil at man skal være dem nær. Noen trekker seg mer unna. Da flytter de litt på seg, eller trekker seg tilbake*» (Informant G). Dette kan forstås som at når pasienten flytter på seg eller trekker seg unna forsøker han/hun å skape avstand mellom seg selv og intensivsykepleieren. Avstanden i seg selv synes slik å være en fordring om å unngå berøring og holde avstand. På tross av fordringer om avstand kan intensivsykepleieren nærme seg intensivpasienten, noe denne sykepleieren forteller:

Hvis pasienten er utagerende, tverr, vanskelig å forholde seg til så holder jeg litt mer avstand. Det er litt ut fra egen sikkerhet. Man prøver jo å komme innpå pasienten, men det er ikke alle som er like mottakelige (Informant F).

Intensivsykepleieren synes å fordres til å holde avstand når pasienten fremtrer som utagerende aggressiv. Likevel forsøker intensivsykepleieren å være nær pasienten, noe som kan tolkes

som at hun/han oppfatter berøring som å kunne være positivt for pasienten til tross for fordringen om å holde avstand. Dette kan tolkes som at intensivsykepleieren oppfatter det aggressive uttrykket som å egentlig være en fordring om nærhet. Det kan synes som at fordring om nærhet eller avstand kan være personlig betinget, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Vi har hatt noen pasienter der man har vært flere personer inne i en situasjon. Man ser at noen når inn og noen når ikke inn til pasienten. Man kan se at noen pasienter aksepterer ikke meg, men med kollegaen min går de greit i forhold til nærhet. At han aksepterer at kollegaen min setter seg på sengekanten, men ikke jeg. Du ser det på kroppsspråket. Det kan ha noe med kjønn å gjøre, kanskje aksepterer de en mann og ikke ei dame. Og da trekker man seg jo tilbake (Informant F).

Dette kan forstås som at intensivsykepleieren oppfatter om fordringen er ment for henne/ham eller kollegaen. Dette kan tolkes som at det kan være små endringer i uttrykket fra pasienten som endrer oppfattelsen av en fordring, om fordringen handler om nærhet eller avstand. Intensivsykepleieren forteller at det kan ha med kjønn å gjøre, noe som kan skjønnes sånn at fordringen oppfattes av intensivsykepleieren som en fordring om å bli pleiet av en mann eller en dame. Dette tar denne sykepleieren hensyn til og trekker seg tilbake slik at en kollega får mest med pasienten å gjøre. Nærhet og avstand synes å fordre berøring også når det gjelder ulike situasjoner i intensivsykepleierens arbeidshverdag. Denne intensivsykepleieren forteller en pasienthistorie hvor nærhet og berøring oppleves utfordrende:

Han var veldig psykisk ustabil. I det ene øyeblikket sto vi og tørket tårer på han fordi han var så lei seg. Og så holdt han på å hoppe i strupen på oss fordi han var så sint. Og da er det ikke så lett hva du skal gjøre for noe. Neste gang han kommer så er jeg sikkert litt redd. For det har skapt noe i meg. Da har jeg han litt på avstand for å beskytte meg selv. Men det trenger ikke å være det rette for ham (Informant H).

Denne intensivsykepleieren forteller at hun/han stadig veksler mellom nærhet og avstand ut fra den psykisk ustabile pasientens fordring. Pasientens tårer synes å fordre til å være nær og berøre, mens når pasienten viser sinne synes det å fordre til å holde avstand. Intensivsykepleierens erfaringer med denne pasienten synes å ha skapt et minne i sykepleieren som gjør at hun/han neste gang vil holde avstand og unnlate å berøre pasienten. Det blir vekket en redsel for egen sikkerhet hos intensivsykepleieren og denne synes å være sterkere enn fordringen om å berøre. Intensivsykepleieren kjenner på motstridende følelser, noe som intensivsykepleieren synes å oppleve utfordrende. Samtidig som pasienten uttrykk fordrer nærhet, fordrer følelser i sykepleierens kropp at hun/han holder avstand. En av de andre intensivsykepleierne forteller om en situasjon hvor berøring og nærhet var viktig. Denne

pasienten hadde fått en dårlig beskjed fra legen:

Vi hadde han nært oss. Jeg satt sammen med han i en time etterpå. Jeg holdt ham i hendene og han fikk lov til å fortelle alt han ville. Med å opptre sånn fikk han et sted der han fikk åpne seg. Jeg holdt han i hendene sånn at han kunne føle tillit og trygghet. Og da greide han å snakke om alt som var tungt og vanskelig. Berøring var en naturlig del av det, det er det jo i en sånn setting. I alle fall for meg (Informant H).

Det ser ut som at intensivsykepleieren fordres til å være nær pasienten på bakgrunn av den dårlige beskjeden han har fått av legen. Gjennom nærhet synes det som at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasientens hånd. Ved nærhet og berøring synes intensivsykepleieren å skapes en atmosfære av trygghet og tillit hvor pasienten får til å fortelle hva som plager ham/henne. Pasientens situasjon synes å fordre at intensivsykepleieren bruker tid sammen med pasienten. Intensivsykepleieren opplever det naturlig å berøre pasienten, noe som kan tyde på at sykepleieren kjenner en følelse i seg av at berøring vil gjøre godt for pasienten. To intensivsykepleiere forteller også om å bruke tid hos pasienten:

Når du setter deg ned ved siden av de og bruker litt tid, så forstår du litt hva den personen prøver å uttrykke. Du prøver deg fram. Ikke helt å gjette, men du prøver å gjøre tiltak, og så ser du hva som hjelper (Informant G).

Du har de dagene da du bare springer og ikke tar deg tid til de to sekundene. For berøring kan invitere til noe mer. Kanskje har pasienten behov for å snakke om noe som er vanskelig. Og den berøringa kan være nok til at de vil fortelle. Det har skjedd at jeg bevisst lar være å berøre sånn den siste halvtimen før vaktskiftet. Når du har tusen ting som skal gjøres og det er tusen telefoner. Man ser bare alt man skulle ha fått gjort ferdig. Og det kjennes ikke noe bra ut, det gjør det ikke (Informant B).

Dette kan forstås slik at når intensivsykepleieren er nær og bruker tid sammen med pasienten trer fordringen og pasientens situasjon tydeligere fram for sykepleieren. Intensivsykepleieren prøver seg fram med berøring, noe som kan tolkes som at fordring om nærhet og avstand er en situasjon som er i stadig bevegelse og kan endres i løpet av møtet mellom intensivsykepleieren og pasienten. Det kan også synes som at fordringen trer frem litt etter litt når intensivsykepleieren blir kjent med den personen pasienten er og måten han/hun uttrykker seg. Intensivsykepleieren synes å oppleve at berøringen skaper et nærmere forhold og tillit hvor pasienten kan få fortelle om sine tanker og bekymringer. Når intensivsykepleieren har travle vakter synes hun/han å enkelte ganger bevisst unngå å åpne opp fordringen og handle ut fra den. Intensivsykepleierens opplevelse av nærhet til pasienten og hans/hennes situasjon synes å fordre til berøring, men sykepleieren unngår å åpne opp fordringen og berøre pasienten fordi berøringen kan åpne for en lengre samtale. Det virker som om intensivsykepleieren opplever dette som en vanskelig situasjon hvor hun/han ønsker å kunne

berøre pasienten slik fordringen tilsier, men har ikke tid nok. Intensivsykepleierne erfarer situasjoner knyttet til behandlingsopplegget som fordrer nærhet og berøring av pasienten. En intensivsykepleier forteller om en situasjon hvor hun/han har erfart at nærhet og berøring var viktig:

Jeg har drevet veldig mye med respirator-avvenning. Og det er ganske tøft. Og så da å begynne å trappe ned den hjelpa, nei, det var ganske tøffe tak. Og ganske mange av de pasientene var vi veldig nær, for å hjelpe dem. Og jeg tror den berøringa der signaliserer at –Jeg er her sammen med deg. –Du er ikke alene. –Jeg følger med deg. –Jeg skal hjelpe deg. Jeg tror det var om å gjøre å signalisere ei trygghet som gjorde at de kunne tørre å puste, å streve (Informant A).

Utsagnet tolkes som at intensivsykepleierens erfaring med at behandlingsmåten er vanskelig for pasienten gjør at hun/han er kroppsnær den som skal avvennes fra å bruke respirator. Sykepleieren har erfart at disse pasientene trenger kroppsnærhet og berøring. Her synes intensivsykepleieren å bevisst berøre pasientens kropp med et ønske om å overføre omsorg og trygghet, og dette synes basert på erfaringskunnskap fra lignende pasientsituasjoner. Det kan synes som at fordringens innhold oppfattes lettere når intensivsykepleieren har kjennskap til pasienten, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Jeg tar de jo i handa, armen, på skuldra eller at jeg stryker de på kinnet. Alt etter hvordan åpningen er. Det er jo ikke sånn at jeg klapper på dem med en gang. Det er naturlig at det kommer inn. Hvis noen er veldig dårlig, at man sitter der og holder i handa. For å hjelpe dem å føle trygghet. Pasientene er veldig forskjellig. Det er ikke alle som liker å bli berørt. Akkurat det der må du føle på når du kommer inn i situasjonen. Å se hvor det er akseptabelt at du gjør det, hvis det er våkne pasienter (Informant H).

Intensivsykepleieren forteller at han/hun ikke berører pasientene med en gang, men at det er noe som kommer naturlig inn. Dette kan ses på som at sykepleieren holder noe avstand til pasienten når de møtes. Hun/han ser etter «en åpning», noe som kan skjønnes som at intensivsykepleieren ser etter en fordring om berøring eller avstand. Det kan synes som at intensivsykepleieren ønsker å tilpasse sin nærhet i forhold til hver enkelt pasient og hver enkelt situasjon. Utsagnet tolkes som at det utvikles en relasjon og vokser fram en nærhet mellom intensivsykepleier og intensivpasient. Fordringens budskap synes å tre tydeligere fram for intensivsykepleieren når hun/han har mer kjennskap til pasienten. Dette kan tyde på at fordringen viser seg ulikt hos de forskjellige pasienter og at intensivsykepleieren fordres ulikt av de ulike pasienter.

4.3 Blikket og ansiktets uttrykk. Subtema 2

Intensivsykepleierne forteller at de fordres til å berøre intensivpatienten av uttrykket i øynene og blikket til pasienten. En intensivsykepleier forteller det slik:

Ansiktet, øynene, du ser jo mye hvordan de er i fjeset. Om de spenner seg, om de ser bekymret ut, om de er svett, om de er klam. Ja, du ser det på de. Det er ikke bestandig at de kan si noe, eller har mulighet til å si noe (Informant B).

Dette kan forstås som at ansiktets bekymrede og spente uttrykk og øynene fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten. Også hudens uttrykk med svette og klam hud ser ut til å kunne fordre berøring. Fordringen beskrives å kunne komme tydelig til uttrykk i ansiktets uttrykk, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Hun sa at det her trodde hun ikke kom til å gå, og hun var veldig redd. Og du så det jo på henne. At det lyste sånn fortvilet ansiktsuttrykk og ja, sukking, hvordan skal det gå, jeg tror ikke jeg klarer det. ... Hun fikk sånn angst av å ha på seg den maska, så det hadde ikke gått med henne. Men så lenge jeg var så nær henne og holdt henne i handa rett og slett, så maktet hun det, men ikke da hun var alene (Informant A).

Intensivsykepleieren virker å fordres av et fortvilet ansiktsuttrykk og et verbalt uttrykk med sukking og uttalelse om at pasienten ikke får til å ha masken på over tid. Intensivsykepleieren erfarer at denne pasienten får til å gjennomføre bruken av masken på tross av sin redsel så lenge intensivsykepleieren er kroppslig nær og holder pasienten i handa. Den samme intensivsykepleieren forteller videre om å fordres av ansiktets uttrykk for angst:

Hvis man har noen som er veldig angstpreget, du ser det jo på dem. De ser fortvilet, engstelig, forknytt, eventuelt sint ut, det er også en reaksjon. At han ikke har det bra. På ansiktet, eller på stillingen i sengen (Informant A).

Intensivsykepleieren tolker at pasientens ansikt uttrykker fortvilelse, engstelse og sinne, noe som virker å fordre til å berøre pasienten. Pasienten kan også se forknytt ut i ansiktet og kan noen ganger se sint ut. Det kan se ut som at disse uttrykk sammen med kroppens stilling i sengen tolkes av intensivsykepleieren som et uttrykk for angst, noe som fordrer intensivsykepleieren til å berøre pasienten. Det kommer frem at øynene, blikket og ansiktsuttrykket kan vise at berøring bør unngås. Det kan være om pasienten blir «svart i blikket», noe som gir intensivsykepleierne en følelse av ubehag. To intensivsykepleiere forteller:

Du ser det litt på øynene til pasienten. Det er noen som blir svart i øynene. Det er ikke behagelig. Du ser at det her setter de ikke pris på. De behøver ikke å si så mye. Men du ser at her skal man ikke prøve å berøre. Da trekker man seg tilbake (Informant F).

«Du ser det på øynene hvis pasienten ikke liker at du tar på han. Det er noe du lærer deg til. At et blikk kan si det. Jeg vet ikke hva annet jeg skal si» (Informant H).

På bakgrunn av dette kan det virke som at endringer intensivsykepleierne ser i øynene og i blikket til pasienten gir føringer om de skal komme nær pasienten gjennom å berøre, eller ikke. Dette synes å være noe en lærer gjennom erfaring og er vanskelig å sette ord på. Intensivsykepleierne erfarer at berøring ikke alltid virker beroligende. En intensivsykepleier beskriver dette på følgende måte:

Av og til så blir urolige pasienter enda mer urolig hvis man tar på de. ... Noen av de blir ganske sånn svart i blikket. Ja, det kan du jo se på de. De får et spesielt blikk. Ja, de blir ofte sint, eller gir uttrykk for at de er sint og avviser mye av det vi sier til dem (Informant C).

Dette kan tolkes som at et spesielt blikk fordrer intensivsykepleieren til å unngå å berøre pasienten. Gjennom det som beskrives som å være «svart i blikket» virker det som om pasienten formidler en fordring om å være i fred og ikke bli berørt. Det ser ut som at fordringen gjennom blikket forsterkes av at pasienten viser sinne og mistro til sykepleieren. Intensivsykepleierens erfaringskunnskap kommer til uttrykk når hun påpeker at urolige pasienter med dette uttrykket i blikket kan bli enda mer urolig hvis de blir berørt. Det oppleves vanskelig å sette ord på hva i blikket det er intensivsykepleieren fordres av når pasienten ikke ønsker å bli berørt. En intensivsykepleier forteller at et flakkende blikk kan være et uttrykk for å holde en viss avstand:

Du ser det i blikket, det er vanskelig å forklare. De er ofte litt sånn flakkende i blikket, litt paranoid. De følger hele tiden med hvor man står i rommet. Og ofte hvis man kommer for nært så trekker de seg litt i hop, eller de begynner virkelig å komme litt fram i senga. Du, jeg vet ikke. Det går mye på magesfølelsen det der (Informant B).

Intensivsykepleieren forteller at hun fordres til å unngå berøring når blikket til pasienten er flakkende, og følger hennes bevegelser i rommet. Blikket ser ut til å vurderes sammen med signaler fra pasientens kropp. Når pasienten trekker seg unna eller motsatt kommer fram mot sykepleieren, fordrer det intensivsykepleieren til å unngå å berøre pasienten. Det kan virke som om sykepleieren vurderer pasientens kroppsstilling i senga i forhold til om hun/han kommer for nært pasienten. Det kan forstås som at fordringen via det flakkende og paranoide blikket sammen med pasientens stilling i senga gir intensivsykepleieren et inntrykk som kommer til uttrykk som en magesfølelse. Denne magesfølelsen er med i vurderingen om berøring skal iverksettes. Denne intensivsykepleieren forteller om et bedre ansiktsuttrykk hos pasienten: *«Hun skulle få oss til å forstå det, vi var flere sykepleiere innom. Da ble hun veldig lettet. Det så ut som hun hadde det bedre. Et bedre ansiktsuttrykk» (Informant G).* Dette

kan forstås som at intensivsykepleieren stadig ser etter endringer i ansiktets uttrykk. Det kan synes som at en endring i ansiktets uttrykk kan fordre en videre berøring, og kan også fortelle intensivsykepleieren hvordan berøringen ble mottatt.

4.4 Det uttalte ord. Subtema 3

Intensivsykepleieren fordres av pasientens uttalte ord. En fordring om å bli berørt, eller om å ikke bli berørt kan uttrykkes verbalt av våkne pasienter. En intensivsykepleier forteller: «Det er en forskjell i måten jeg tar på folk, om de er våken eller ikke. Om de er våken så kan jeg sense så mye mer, de gir meg signal tilbake med øyekontakt eller å snakke» (Informant D). Dette kan forstås som at det uttalte ord kan fordre både hvor mye og hvordan berøringen skjer. Det kan se ut som at den verbale fordringen også kan skje samtidig som en fordring ved blikket. En våken pasient som kan snakke synes å bli oftere berørt fysisk av denne intensivsykepleieren enn en som ikke kan fordre verbalt. Intensivsykepleieren kan fordres verbalt og nonverbalt samtidig. En intensivsykepleier forteller:

Du ser på pasienten om de har smerter eller angst. Du ser det på stillingen, hvordan de ligger i senga. De kan uttrykke seg verbalt i klartekst hvor trasig de har det. Jeg synes du spør vanskelig (Informant A).

Det kan oppleves vanskelig for intensivsykepleieren å sette ord på hva det er hun fordres av. Det kan synes som at det verbale uttrykket sammen med kroppens stilling i sengen fordrer denne intensivsykepleieren til å berøre pasienten. Uttrykket å «uttrykke seg verbalt i klartekst» kan forstås som at pasientens følelse av å ikke ha det bra kan uttrykkes tydelig via verbale utsagn, noe som kan oppleves som en sterk fordring om å berøre pasienten. En annen intensivsykepleier forteller:

Det er sjeldent noen sier noe. Noen kan jo si –Jeg er redd. Men det er sjeldent noen sier noe. Det er bare sånt man oppfatter og ser. Og så er det jo det med å tenke seg selv i den samme situasjonen; Hva jeg ville hatt behov for i samme situasjon (Informant B).

Ut ifra dette kan man forstå at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten av hans uttalte ord. Hun fordres til å berøre når pasienten setter ord på sine følelser. Det å fordres verbalt synes å være noe som ikke skjer så ofte. Denne intensivsykepleieren synes å fordres til å berøre pasienten når hun ser for seg hva hun selv hadde ønsket om hun var i den situasjonen pasienten er i. Når intensivsykepleieren fordres av pasientens ord og ønsker utfordres hun både av egne og pasientens grenser. En av de intervjuede forteller: «En pasient som jeg ikke

kjente sa 'Å, gi meg en klem'. Så fikk hun nå det da. Da må man jo kjenne litt på den personlige sfæren til både pasient og pleier» (Informant G). Dette kan forstås som at intensivsykepleieren på den ene siden får innspill gjennom pasientens ønske om berøring gjennom hennes uttalte ønske om å få en klem, samtidig som intensivsykepleieren settes i en situasjon hvor hun må kjenne på egne grenser i forhold til den nære kontakten. Intensivsykepleieren har også pasienter som ikke har lært å snakke. Denne intensivsykepleieren forteller om en baby som fordret berøring ved hjelp av verbalt uttrykk: «Babyen lå og skrek lenge. Jeg måtte inn og ta opp ungen. Holde han tett inntil meg og vugge han. Jeg så at det her gjør jeg bedre enn moren, akkurat her og nå» (Informant G). Det kan skjønnes som at babyens gråt fordret intensivsykepleieren til berøring. Moren skjønnte ikke hva babyen trengte, mens babyens langvarige gråt fordret intensivsykepleieren til å ta han opp fra sengen. Babyens verbale uttrykk synes å fordre en tett og nær berøring inntil denne intensivsykepleierens kropp.

4.5 Kroppens målbare uttrykk. Subtema 4

Intensivsykepleieren fordres av de uttrykk hos pasienten som sykepleieren kan måle og vurdere. Flere av de intervjuede intensivsykepleierne fremmet viktigheten av å håndhilse på intensivpasientene, både de våkne og de som ikke er våken. En intensivsykepleier forteller:

Det første handtrykket er jo noe som er naturlig, som er vanlig norsk høflighet. Og da tenker jeg at det aller viktigste er å gi pasienten et fast handtrykk og å se på de. Og med det handtrykket, som intensivsykepleier, så er det en del vurderinger du på 1-2-3 gjør også, i forhold til hvordan de kjennes ut. Er det hjertepasienter så er det jo naturlig...., da sier vi at; –nå kjenner jeg litt på deg. Det er jo ei åpning det og. Man kjenner jo på de for å kjenne på huden hvordan det kjennes ut (Informant H).

Ut ifra dette forstås en at huden til pasienten fordrer intensivsykepleieren til å berøre. Hudens uttrykk vurderes ved berøringen og dette gir intensivsykepleieren informasjon som bidrar til å fortelle sykepleieren noe om pasientens situasjon. Det kan også synes som om situasjonen til pasienten fordrer berøring. Det å berøre en ukjent person ved et håndtrykk synes å oppleves ufarlig og kan være et uttrykk for «vanlig norsk høflighet» som denne intensivsykepleieren sier. Når hun skal berøre andre steder på kroppen sier hun det først til pasienten, som om hun på den måten ber om tillatelse eller informerer pasienten på forhånd. En annen intensivsykepleier forteller om det å stryke intensivpasienten på kinnet:

Jeg kan stryke dem på kinnet. Det kan være en måte å innhente opplysninger om; Har

pasienten feber, er han svett, er han klam. Samtidig som jeg observerer det og er interessert i å vite tilstanden til pasienten som at jeg skal gi trygghet (Informant D).

Dette tolkes slik at intensivsykepleieren fordres til å berøre kinnet for å innhente opplysninger om pasientens tilstand. I tillegg virker pasientens hud som en fordring til intensivsykepleieren om å berøre for å gi en følelse av trygghet til pasienten. En annen intensivsykepleier forteller om å fordres av den bevisstløse pasientens hud:

Hvis jeg kommer inn til en bevisstløs pasient så stryker jeg de på kinnet. Nei, det er litt for å kjenne på huden og for å se om jeg får noen reaksjoner. Om det er rett det vet jeg ikke, men det er nå det jeg gjør (Informant H).

Den bevisstløse pasientens hud synes å fordre intensivsykepleieren til å berøre kinnet til pasienten. Måten pasienten reagerer på sykepleierens berøring gir en pekepinn til intensivsykepleieren om hvor dypt bevisstløs pasienten er. Intensivsykepleierens erfaringskunnskap tilsier at pasienten berøres, selv om sykepleieren er usikker på om det er riktig av ham/henne å gjøre det. Intensivsykepleieren fordres av et stigende blodtrykk hos intensivpasienten. Det å prøve seg frem med forskjellige tiltak beskrives av en av intensivsykepleierne:

Vi hadde ei dame på respirator. Hun var motorisk urolig og blodtrykket det steg. Det som hjalp det var å sitte sammen med henne, holde henne i handa og være tilstede. ... Da ble hun roligere. Da falt hun til ro i senga og blodtrykket gikk ned (Informant G).

Dette kan forstås som at kroppens målbare uttrykk i form av forhøyet blodtrykk fordrer sykepleieren til å holde denne pasienten i hånden. Etter å ha forsøkt flere tiltak, opplevde intensivsykepleieren at pasienten falt til ro i senga og at blodtrykket gikk ned når hun ble berørt av intensivsykepleieren. Dette kan forstås slik at kroppens målbare uttrykk i form av blodtrykk kan fordre til en videre bruk av berøring, eller til å unngå berøring. Det kan også synes som at berøringen påvirker kroppens målbare uttrykk knyttet til stress og redsel. Intensivsykepleieren fordres også av kroppens målbare uttrykk for angst, uro og redsel. En intensivsykepleier forteller:

Da så jeg den utilpassheten som var da babyen lå i senga og ingen rørte henne. Da tok jeg ungen opp og holdt henne i armene og snakket med henne, prøvde å trygge henne med det hun var vant til fra tidligere. Og da så jeg den forskjellen på henne. Det var litt viktig, for det er ei erfaring som jeg ikke hadde fra før av. Det er noe som er grunnleggende i ethvert menneske, det med hvordan trygger du et bittelite barn. Jo det med å holde de tett. Jo, for det første så er jeg jo intensivsykepleier. Og hun hadde lav oksygenmetning, var kjapp i respirasjonsfrekvens og høy i puls. Og det er sånn man ikke vil at man skal ha det. Da skjønnte jeg at babyen var utrygg og redd, da blir alle de parameterne der forverret. Ja, og så var hun jo ikke vant med å ligge på ei seng uten

klær (Informant H).

Dette kan tolkes som at intensivsykepleieren fordres av babyens raske puls og høye blodtrykk. Samtidig så intensivsykepleieren en utilpasshet hos babyen som tolkes til å være uttrykk for utrygghet eller redsel. Intensivsykepleieren legger til at babyen ikke var vant å ligge på ei seng uten klær. Sykepleieren synes å fordres av sin kjennskap til dette aktuelle barnet, da sykepleieren sier at hun/han ikke hadde erfaring med babyer som intensivpasienter. Det kan synes som at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten på grunnlag av en kombinasjon av kroppens målbare uttrykk og sine tidligere erfaringer. Det kan synes som at de målbare uttrykkene hos babyen vekker erfaringer hos intensivsykepleieren fra lignende pasientsituasjoner. I tillegg kan det synes som at det vekkes et ønske om å overføre omsorg og trygghetsfølelse til pasienten, og at dette fordrer berøring. Målinger fra teknisk utstyr synes å ha sammenheng med berøring, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Jeg legger handa på brystet til voksne folk også, som er urolig i forhold til at de strever med pusten, puster fort og synes at det er vanskelig. Pasienter som ligger på respirator, hvor jeg legger handa på brystet både for kontakten sin del og for at jeg skal kjenne etter om det er noe slim på lungene. Er det derfor de er så urolig, at de trenger hjelp med det. Ellers så tenker jeg at små barn reagerer godt på stimuli med å bli tatt på, å bli strøket over hodet, tatt på kroppen generelt sett (Informant D).

På bakgrunn av dette kan det virke som at intensivsykepleieren fordres av det tekniske utstyrets målinger sett sammen med observasjonen av den urolige pasienten.

Intensivsykepleierens hånd synes å berolige pasienten samtidig som hun kjenner etter eller dobbeltsjekker de målbare uttrykk til kroppen. I dette tilfellet om det er slim på lungene til pasienten. Det framstår som en bevisst berøring av pasientens kropp på bakgrunn av intensivsykepleierens erfaringer med urolige pasienter som har respirator.

4.6 Når følelsene «ligger på huden». Subtema 5

De følelsene pasienten har, og som preger pasienten, kan fordre intensivsykepleieren til å berøre. Noen ganger kommer disse følelsene så tydelig fram for intensivsykepleieren at det er som om følelsene ligger utenpå huden til pasienten. Intensivpasientens sårbare situasjon fordrer intensivsykepleieren til berøring. En av de intervjuede intensivsykepleierne forteller:

Sårbarhet og berøring ligger nært. De er sårbare og alene når de kommer inn til oss. Vi påfører dem ubehag, og de er engstelige for det som skal gjøres. De gir uttrykk for at det gjør godt å ha noen å holde i handa i en sånn situasjon (Informant C).

Dette kan forstås som at pasientens uttrykk for sårbarhet utløser et behov for å berøre pasienten og således fordrer intensivsykepleieren til berøring. Intensivsykepleieren har erfart at intensivpasienter synes det gjør godt å holde noen i hånden. Slik sett kan det synes som at situasjonen det er å være intensivpasient kan fordra intensivsykepleieren til å berøre. En annen intensivsykepleier forteller om det å fordres av pasientens uttrykk for engstelse:

Ser jeg at de har behov for deg, så holder jeg de i handa. De som ser ut til å trenge det mest, er de som er nylig innlagt. Når alt er så skummelt. Først og fremst er det vel at jeg ser at de er engstelig. De er usikre på hva som skjer. Du ser at de trenger å ha ei hand. At vi er der, at vi er grei, vi er snill, vi er ikke skumle. Det er litt vanskelig å sette ord på, men ser jeg at de har behov for det så holder jeg i handa til dem (Informant B).

Pasientens følelse av engstelse synes å fordra intensivsykepleieren til å berøre. Den nylig innlagte pasienten ser ut til å mest fordra til berøring ved sitt uttrykk for usikkerhet og engstelse. Intensivsykepleieren ser ut til å ønske å berolige og trygge pasienten med sin berøring. Intensivsykepleieren synes med sin berøring å forsøke å vise pasienten omsorg og en medmenneskelig side og det å vise at sykepleieren vil pasienten vel. Det å berøre intensivpasienten synes å medvirke til å skape tillit, noe denne informantene sier slik:

Jeg tenker at det jeg gjør er å skape tillit. Det viktigste av alt. Det å skape tillit og trygghet i den settinga som de er i. Den redselen som de har for egen og andres sykdom. At jeg kan trygge de... Jeg har gode erfaringer med berøring. Det som skaper tillit er at man har blick-kontakt og at man tar på de med å hilse (Informant H).

Det kan virke som at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten av hans uttrykk for utrygghet. Det synes som at informantene oppfatter det å skape tillit og trygghet som svært viktig i relasjonen mellom intensivsykepleier og intensivpasient. En annen intensivsykepleier forteller om å fordres av det hun/han kaller de store følelsene til pasienten:

Hvis det er noen som har det åpenbart fælt. Har smerter, sorg, sinne, men da blir man jo mer redd, i hvert fall jeg. Når noen har det veldig vondt, er trist. Det er de tingene som fordrer meg. De store følelsene (Informant E).

Dette kan ses som at intensivsykepleieren fordres til å berøre når intensivpasientens følelser av smerter og sorg preger pasientens kroppsuttrykk. Sykepleieren snakker om «de store følelsene», noe som kan indikere at mye står på spill for pasienten. Det ser ut til å fordra intensivsykepleieren til å berøre pasienten når det står mye på spill for pasienten og følelsene hans blir tydelige for intensivsykepleieren. Uttrykket de store følelsene kan også tolkes som at pasientens følelser er svært tydelige for intensivsykepleieren, at fordringen oppleves sterk. Denne intensivsykepleieren forteller om en spesifikk pasientsituasjon hvor pasientens

følelsesuttrykk fordrer sykepleieren til å berøre:

Det var den gråten og fortvilelsen. Du så hvor fortvilet han var. Han lå og holdt seg over øynene, det var ei skam der også. Det var mange signaler han sendte ut som jeg kunne tolke akkurat som jeg ville, og det gjorde jeg også. Det er jo ikke sikkert at han var bevisst det. Det kan jo hende det var et skuespill, det vet jeg ikke. Men han gråt, og så gråt han tårer. Det var ikke krokodillegråt (Informant E).

Det ser ut som at intensivsykepleieren fordres av at flere av pasientens følelser samtidig. Det hun sanser, tolker og erfarer hos pasienten synes å til sammen gi intensivsykepleieren et helhetsinntrykk. En viktig del av denne sammensatte fordringen virker å bestå i å forstå og tolke pasientens følelser. Intensivsykepleieren beskriver en usikkerhet i forhold til om berøringen vil mottas positivt av pasienten, samtidig som pasientens følelser uttrykt som gråt virker som en fordring om å berøre. Flere av intensivsykepleierne beskriver at de tolker eller forstår pasientens følelser, dette kalles å «lese pasienten»:

Ja, det er jo ikke normalt å bare begynne å stryke på en vilt fremmed person. Men det er litt det her samspillet mellom pasient og sykepleier. Hvor mye berøring man trenger å gjøre. Jeg føler jo i hvert fall at når jeg kjenner en pasient så vet jeg mer hva den pasienten trenger av nærhet og trygghet. Forskjell fra person til person. Du leser pasienten fort, om det er noen som helst vil være i fred, hvor man ikke skal mase og styre så masse (Informant G).

Ut ifra dette kan man tolke at det ikke er vanlig for denne intensivsykepleieren å berøre mennesker hun ikke kjenner, utenom i sykehuset. Det virker som om individuelle forskjeller og preferanser hos den individuelle pasient gjør at berøringen kan være forskjellig hos hver enkelt pasient. Det kan synes å være en utfordring for intensivsykepleieren å tolke pasientens signaler riktig. Noen pasienter synes å forsøke å skjule sine følelser, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

De pasientene som ikke ser på deg eller snakker med deg. Da fordrer de jo kanskje ikke så mye hos meg heller. For ei fordring er ofte at man innerst inne ønsker å bli sett. Om ikke berørt, så at man får en respons hos den andre (Informant E).

Dette kan virke som at intensivsykepleieren ser hvilke følelser pasienten har og er på utkikk etter en reaksjon hos pasienten. Det synes som at det kan være vanskelig å vurdere om en skal berøre når pasienten stenger inne følelser når han ikke ser på eller snakker med intensivsykepleieren. Dette kan tolkes som at pasientens følelser og reaksjonsmønster er viktige nyanser av fordringen til intensivsykepleieren. I enkelte tilfeller kan det synes som at intensivsykepleieren skjønner at pasienten egentlig trenger berøring selv om han eller hun gir

signaler om at de ikke vil bli berørt. En annen av de intervjuede forteller om sin erfaring med å fordres til å berøre pasienter med smerter, selv om de uttrykker at de ikke ønsker berøring:

Å berøre pasienten kan gjøre godt selv om han ikke virker åpen for det. Det har jeg opplevd flere ganger i forbindelse med smertepasienter som har veldig vondt. Du ser at de ligger sånn litt over madrassen. De sier at de ikke har vondt, men essensen er at de har vondt. Du ser at kroppen sier, den skriker på en måte ut at -jeg har det ikke bra! Du ser skuldrene kommer lengre og lengre opp. Og da har jeg opplevd flere ganger at jeg ikke trenger å ta så mye. Men hvis jeg bare legger handa litt sånn fast på de, på skuldra for eksempel, og sier -Prøv å pust, prøv å slipp ned skuldrene. -Jeg ser at du ligger over madrassen. Da har jeg opplevd ei slags forløsning. At pasienten sier -Ja, jeg har ganske vondt, eller -Ja, jeg skal prøve å puste. Du kan komme lengre hvis du har gitt smertelindring, eller du kan komme i gang med smertelindring hvis det er noen som ikke er helt åpen for det ... Det med å spille på pusten til pasienten samtidig som man berører, har jeg opplevd veldig at det kan være bra. Det er jo den fysiske støtten, og så er det jo det med at det er noen som Er der for deg (Informant E).

På bakgrunn at dette kan det virke som at pasientens følelsesmessige smerteuttrykk kan komme fram for intensivsykepleieren ved at pasienten unndrar seg berøring.

Intensivsykepleieren bruker uttrykket «ligger over madrassen», noe som kan tolkes som at musklene til pasienten er spent, skuldrene løftes og pasienten er ikke avslappet i sengen.

Intensivsykepleieren forstår ut fra pasientens uttrykk at «kroppen skriker ut» at pasienten ikke har det bra, noe som synes å fordre til å berøre. Selv om pasienten sier at han/hun ikke har vondt, vises pasientens følelse av smerte i kroppens uttrykk, noe som fordrer

intensivsykepleieren til å berøre. Sykepleierens erfaring synes å tilsi at pasienter med smerter får det bedre om de greier å slappe av og puste bedre, noe som gjør at intensivsykepleieren i dette tilfellet har en bevisst bruk av berøring for å oppnå et mål. Intensivsykepleierens bruk av berøring synes å virke forløsende for å få frem hva som egentlig plager pasienten. Det kan virke som at intensivsykepleieren opplever at berøringen kan gi en kroppslig og en emosjonell støtte til pasienten. Den samme intensivsykepleieren forteller videre om å fordres av det hun/han ser samt av kroppslukten i rommet:

Man er veldig tøff på utsiden, men når noen kan ta på deg og være tilstede så ramler alt av forsvarsmekanismer sammen. Kanskje spesielt pasienter med smerter eller pasienter som er operert for en alvorlig diagnose. Som egentlig er kjempe, kjempe redd, men som ikke er redd i det hele tatt, utad. Jeg skal ikke generalisere, men det kan ofte være menn. De sier at de ikke har vondt, men man ser det på dem. De ligger jo helt sånn stiv i senga og har veldig sånn kjappe, bråe bevegelser. Du kan nesten lukte at de er redd. Og da kan ei hand, eller at man tar i dem og sier -Er du sikker på det? Eller -Er du redd? Sammen med den berøringa så kan det faktisk være veldig åpnende for den pasienten, og også for meg. At jeg får tak i hva som egentlig plager. Jeg ser det på dem. Men noen når du ikke inn til. Jeg er jo ikke noen ekspert. Det er ikke et triks du kan bruke på alle. Du ser det på dem. På kroppen, eller på øynene. Noen kan få en

stikkende svettelukt, sånn nervøslukt. Det er litt hva du sanser i situasjonen (Informant E).

Ut fra dette tolkes at intensivsykepleieren fordres av at samspill mellom flere sanser, noe intensivsykepleieren kaller å sanse i situasjonen. Selv om pasienten sier at han/hun ikke er redd, så blir det tydelig for intensivsykepleieren gjennom det som sanses ved bruk av synet og luktesansen hvor hun/han oppfatter en spesiell kroppslukt. Intensivsykepleierens erfaring tilsier at den redde pasienten trenger kroppslig berøring for å åpne seg og å få frem hva som står på spill. Intensivsykepleieren synes slik å fordres av flere sanser.

4.7 Å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Subtema 6

Pasientens situasjon synes å vekke følelser som intensivsykepleieren kjenner i egen kropp. Denne intensivsykepleieren forteller om å fordres gjennom det sykepleieren kaller å være empatisk overfor den sårbare pasienten:

Dette med hvorfor man berører og hvorfor man blir berørt. Det er jo empati. Dette med å sette seg inn i den andre sitt sted. Det med å holde litt av det andre mennesket i si hand. Vi gjør det hele tiden, hver dag. Jeg hadde nylig en pasient som aldri hadde vært innlagt på sykehus før. Så sa han sånn rett fra hjertet at – Det er utrolig hvor sårbar man blir som pasient. Jeg har ikke vært pasient, men det kan jeg tenke meg til. Det er der empatien kommer inn. Man må prøve å sette seg inn i hva det er som skjer. Det er en del av det å være sykepleier. Det å berøre folk og ta på folk, den fysiske berøringa. Men det er jo ikke fysisk berøring som gjør meg berørt. Det er jo den andre sin sårbarhet og behov for hjelp eller støtte (Informant E).

Ut ifra dette virker det som at intensivsykepleieren utviser en varhet overfor den sårbare pasienten når sykepleieren kjenner situasjonen i kroppen. Intensivsykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og synes å berøres av pasientens uttrykk for sårbarhet og hva han/hun trenger av hjelp og støtte. Intensivsykepleieren forteller at hun/han holder litt av det andre mennesket i sin hand hele tiden, noe som forstås som at intensivsykepleieren ser et stort ansvar i sin funksjon. I denne følelsen av ansvar synes det å ligge en fordring om å ta vare på det syke mennesket. Fordring og berørthet synes å være i en stadig bevegelse mellom pasient og intensivsykepleier når de er sammen, og påvirker følelsen av ansvar intensivsykepleierne føler overfor den kritisk syke pasienten. Den komatøse pasientens situasjon fordrer også til berøring, noe den samme intensivsykepleieren forteller om:

Hvis noen bare ligger der og ikke har en erkjennelse av hvem som gjør hva med dem, så er det også noe som fordrer meg. Når de har sepsis og svetten renner av dem, hvorfor tar du da en klut og tørker svetten av de? Jeg kjenner jo at hvis det var jeg

som lå der så hadde jeg syntes at det var ganske deilig, det hadde vær skjønt (Informant E).

Det ser ut som at intensivsykepleieren lever seg inn i pasientens situasjon og kjenner på følelser som vekkes med tanke på hva sykepleieren selv ville ha ønsket av berøring om hun/han var i pasientens situasjon. Når intensivsykepleieren kjenner situasjonen til pasienten i kroppen synes å danne bakgrunn for at intensivsykepleieren berører pasienten. En intensivsykepleier får tårer i øynene når hun/han forteller om det å føle seg nær pasienten:

Man blir jo berørt. At man blir Så nær en fremmed. Ja, vi deler jo sorger og gleder med dem. Og med de pårørende. Man får en helt annen nærhet enn det man skulle tro var vanlig. Det har blitt noen tårer opp gjennom årene. Og da at man tør å ta det skrittet at man faktisk gir den andre en klem. Det er ikke noe jeg føler nå skam med. Som regel får man tilbakemelding og takk for at man er så nær (Informant B).

Pasientsituasjonen synes å skape en spesiell følelse hos intensivsykepleieren av nærhet til pasienten og de pårørende. Intensivsykepleieren lar seg berøre av situasjonen til intensivpasienten og de følelser pasienten gir uttrykk for, både gleder og sorger. Det kan forstås som at intensivsykepleieren kjenner i egen kropp på de samme følelsene som pasienten har og det kan virke som at intensivsykepleieren enkelte ganger uttrykker sin medfølelse og sine følelser ved å felle tårer. Det synes slik som at når intensivsykepleieren kjenner situasjonen til intensivpasienten sterkt i egen kropp kan denne følelsen fordre til kroppsnær berøring som det å gi en klem. Noen pasientsituasjoner synes å kunne berøre intensivsykepleieren mer enn andre, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Hvis det er situasjoner likt det en har privat, blir man mer emosjonell ... Jeg kjenner på meg selv hvordan jeg ville hatt det. Jeg har kjent på de redslene pasientene kjenner på. Jeg prøver å gjøre det som da ga meg trygghet (Informant H).

Hvis intensivsykepleieren har opplevd lignende situasjoner privat virker det å påvirke følelsene som vekkes og erfaringen synes å føre til at intensivsykepleieren blir mer emosjonelt berørt. Intensivsykepleierens bruk av berøring synes å påvirkes av det han/hun selv opplevde som å gi trygghet da hun/han var i en lignende situasjon. Pasientsituasjonen synes slik å kunne vekke minner og erfaringer fra eget levde liv. Intensivsykepleierne synes å berøre pasienten ut fra hvordan de selv hadde ønsket å bli berørt om de var i den samme situasjonen som pasienten, noe denne intensivsykepleieren forteller om:

Sjøl så liker jeg ikke å bli tatt på, fordi det føles ubehagelig. Ikke bestandig, men mange ganger. Og så tenker jeg at det sikkert ikke bare er jeg som har det sånn og ikke vil bli tatt på. ... Det er ikke bare å ta armen til pasienten og måle et blodtrykk. Jeg bruker handa mi til å ta armen frem, og å ta de i handa. Å nærme meg forsiktig. Det

skal være rolig, jeg skal ikke stresse. Jeg skal ikke gjøre sånn at de blir redd eller skremt, så jeg er litt forsiktig i mi fremferd. Jeg har tenkt at de kan bli skremt, og det tenker jeg mest ut fra hvordan jeg selv vil bli vekket. Si ifra på forhånd sånn at jeg slipper å bråvåkne og bli redd (Informant D).

På bakgrunn av dette tolker en at intensivsykepleieren kjenner i egen kropp hvordan han/hun selv hadde ønsket å bli berørt om intensivsykepleieren var i samme situasjon som intensivpasienten. Følelsene som oppstår synes å være en fordring om berøring og påvirker måten berøringen utføres på. Selv er ikke intensivsykepleieren glad i å bli tatt på, noe som synes å påvirke intensivsykepleierens måte å tilnærme seg pasienten. Når intensivsykepleieren berører pasienten gjøres det forsiktig for ikke å skremme pasienten. Pasientens situasjon synes å vekke minner og erfaringer hos intensivsykepleieren fra andre pasientsituasjoner eller fra eget liv, og dette synes å påvirke måten hun/han berører pasienten. En intensivsykepleier forteller om en situasjon hvor fordringen om berøring opplevdes utfordrende:

Noen ganger er det vanskelig, å kjenne på at det ikke alltid kommer noe godt ut av det. Han var ganske stille, men så begynte han å gråte, ganske sånn åpenlys gråt. Jeg var den som var nærmest ham. Og jeg tenkte at jeg måtte ta på han og spørre om han hadde det bra. Men det kunne jo hende at det ble helt feil også. Men så gjorde jeg det. Jeg tok han på overarmen og spurte om det gikk bra. Da svarte han at det går slettes ikke bra. Og da snakket vi lenge, vi hadde en kjempefin dialog, han sluttet å gråte. Jeg var veldig usikker. Skal jeg ta på han eller skal jeg ikke. Men jeg følte at det fordret at jeg tok på han. Det at han gråt sånn åpenlyst. Jeg tenkte; Herregud, jeg må ta på han, -eller skal jeg ikke. Men det gikk bra. Han berørte meg veldig. Tenk å ha det så fælt som han har det (Informant E).

I dette tilfellet virker det som at intensivsykepleieren setter seg inn i pasientens vanskelige situasjon, som fordrer til berøring. Pasientens gråt ser ut til å tolkes som et uttrykk for at han/hun ikke har det bra, noe som virker å fordre intensivsykepleieren til å berøre pasienten. Intensivsykepleieren uttaler at hun/han fikk en følelse av å måtte ta på pasienten, noe som kan tolkes som at fordringen opplevdes sterkt i intensivsykepleierens kropp. Samtidig er intensivsykepleieren usikker på om berøring vil oppleves godt for pasienten, kanskje kan berøringen gjøre situasjonen verre for denne intensivpasienten. Situasjonen tolkes som at før intensivsykepleieren berører skjer en skjønnsmessig vurdering av hvordan berøringen vil bli mottatt. Møtet med pasienter og deres situasjon synes å kunne sette følelsesmessige spor i intensivsykepleieren og det kom tårer i øynene til intensivsykepleieren mens hun/han fortalte:

En ung pasient jeg hadde ble psykotisk. Vi måtte ikke røre henne. Hvis vi rørte, så ble vi til overgriperen i hennes øyne. Hun satt i en krok, holdt rundt knærne sine og ropte –Nei pappa ikke gjør det. Det var helt forferdelig. Hele meg følte for å omfavne denne jenta for at jeg skulle passe på henne. Men der måtte du ikke trå over den grensa. Du måtte bruke det verbale budskapet og ikke berøring. Det er mange år siden. Likevel

husker jeg det, for det satte sine store spor. Det skal noe til å snakke om det uten å nesten gråte (har tårer i øynene). Jeg stryker ikke automatisk på dem hvis jeg vet at de har en sånn ballast med seg. Jeg ser hva de inviterer til. Det er viktig (Informant H).

Ut fra dette tolker en at pasientens sårbare situasjon som psykotisk og utsatt for overgrep fordret intensivsykepleieren til å berøre pasienten. Det virker som om intensivsykepleieren kjenner i egen kropp en fordring om å holde rundt pasienten for å beskytte og passe på henne, men det verbale utsagnet og kroppens avvisende uttrykk fra pasienten er en klar fordring om å ikke berøre. Dette synes å skape motstridende følelser i intensivsykepleieren hvor hun/han på samme tid fordres til å berøre og til å la være å berøre. Intensivsykepleieren får tårer i øynene når hun/han forteller denne historien og sier at det er vanskelig å snakke om situasjonen uten å gråte. Ut av det tolker en at intensivsykepleieren opplevde situasjonen som vanskelig å håndtere. Pasientsituasjonen synes å ha satt følelsesmessige spor i intensivsykepleieren siden hun/han sykepleieren etter mange år fremdeles kan kjenne denne pasientsituasjonen i kroppen. Denne erfaringskunnskapen synes å påvirke måten intensivsykepleieren forholder seg i forhold til berøring av pasienter som har opplevd overgrep slik at intensivsykepleieren er blitt mer tilbakeholden med bruk av berøring til disse pasientene. Den samme intensivsykepleieren forteller om å bli berørt av pasientsituasjoner selv om hun/han har opplevd lignende situasjoner mange ganger: «*Sånn settinger det berører meg akkurat like mye hver gang. Noen ganger har vi det sånn at det er vanskeligere å gå videre til neste pasient*» (Informant H). Det kan virke som at situasjoner intensivsykepleieren opplever sammen med pasienten kan oppleves emosjonelt utmattende. Selv om intensivsykepleieren har lang erfaring, synes hun/han å bli berørt av pasientsituasjonen. Utsagnet om at det er vanskelig å gå videre til neste pasient kan skjønnes sånn at intensivsykepleieren trenger en pause før hun/han går videre til neste pasient fordi det å berøres av pasientsituasjonen oppleves krevende. En av intensivsykepleierne forteller om at pasientens situasjon har sammenheng med det å bli berørt:

Før du er kommet i den settinga at du har berørt og du har håndhilst så ser du på hele atmosfæren rundt pasienten og de pårørende. Du kjenner på de følelsene som pasienten har, den uroen de føler. Det med å bli berørt, nonverbalt og verbalt (Informant H).

På bakgrunn av dette forstår en at intensivsykepleieren oppfatter en stemning i rommet som preges av pasientens situasjon og følelser, og at denne atmosfæren vekker en følelse av berørthet i intensivsykepleieren. Det ser ut til at dette er noe som hender med en gang intensivsykepleieren møter pasienten, allerede før de har hilst. Intensivsykepleieren synes å fordres til å berøre pasienten av berørtheten som vekkes i henne på bakgrunn av pasientens

situasjon. En intensivsykepleier forteller om hvordan egne følelser påvirkes av pasientsituasjonen:

At man gjør noe som man vet er bra for den andre. Hva det innebærer, det vet bare jeg inni meg. Pasienten ligger kanskje og sover, eller er sedert. Men jeg vet at hvis jeg smører han inn med krem på føttene, det hadde vært deilig for ham hvis han hadde vært våken. Han våkner kanskje om tre uker og aner ikke hva som har skjedd. Men så var det faktisk veldig bra for meg å ha gjort det. For man gjør faktisk en forskjell i det man gjør. Og det handler selvfølgelig også om følelser. Følelsen av at man gjør noe godt for den andre er jo godt for stoltheten. Jeg er veldig glad i å være sykepleier. Jeg har fått en bevissthet om det, mer og mer. Jeg tror kanskje at det er noe som kommer av erfaring (Informant E).

Den bevisstløse pasientens situasjon synes å fordre intensivsykepleieren til å berøre pasienten. I tillegg virker det som at vissheten om at intensivsykepleieren har gjort noe som pasienten ville ha likt om han var våken føles godt for intensivsykepleierens følelser. Det kan tolkes som at intensivsykepleieren speiler hvordan hun/han fremtrer som intensivsykepleier gjennom de følelser som trer frem i intensivsykepleieren ved bruk av berøring. Med lengre erfaring i yrket og i det å møte forskjellige mennesker og fordringer synes det å vokse frem en økende bevissthet over bruken av berøring. Følelsen det gir å gjøre noe som er godt for pasienten synes å gi intensivsykepleieren en følelse av stolthet over å være intensivsykepleier. Slik kan man tolke at fordringen kjennes i kroppen til intensivsykepleieren på flere plan. Intensivsykepleieren synes å fordres til å berøre på bakgrunn av pasientens situasjon, men også av de følelser som kommer frem hos sykepleieren selv i møtet med pasienten.

4.8 Den talende kroppen. Hovedtema

Gjennom analysen kom det frem at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten gjennom nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden samt å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Dette ble tolket til å handle om den talende kroppen, som er hovedfunnet i studien.

Intensivsykepleieren synes å bli fordret via kroppslig synlige og hørbare uttrykk fra pasienten samt av pasientsituasjonen, noe som gir seg utslag som en følelse hos intensivsykepleieren. Enkelte ganger synes fordringen tydelig, for eksempel når pasienten ber om å bli berørt. Intensivsykepleieren synes da å berøre pasienten på en bevisst måte. Gjennom intervjuene kom det også frem at bevisst bruk av berøring skjer for å forløse eller bekrefte pasientens

følelser, ved smerter og redsel samt for å roe ned engstelige pasienter som skal avventes respirator. Noen ganger vises fordringen gjennom flere uttrykk fra pasienten og de synes da å kunne forsterke hverandre og slik gi et helhetlig uttrykk som fordrer intensivsykepleieren til å berøre pasienten, noe denne sykepleieren forteller om:

Man leser mye på kroppsspråket til de som ligger på respirator. Det er uttrykket i øynene og bevegelsene i kroppen. Jeg så det på uttrykket, på måten hun var på i senga med å være litt panisk, litt angstfyllt. Måten hun søkte blikket mot meg på. Når vi kom nært henne så senket skuldrene seg (Informant G).

Ut ifra dette forstår en at intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten av et helhetsuttrykk, noe flere av intensivsykepleierne kalte «å lese» pasienten eller situasjonen. Pasientens uttrykk for angst med et spesielt uttrykk i øynene og søkende blikk samt måten pasienten beveger seg i senga synes å fordre sykepleieren til å være nær pasienten. Intensivpasienten «senker skuldrene», noe som kan bety at pasienten får til å slippe taket i angsten når intensivsykepleieren kommer nært. Denne avspenning hos pasienten kan tolkes som en bekreftelse på at intensivsykepleierens nærhet og berøring var godt for pasienten. Intensivsykepleierne opplever fordringen som utfordrende når uttrykkene motsier hverandre, slik man ser når intensivsykepleieren berører selv om pasienten for eksempel viser sinne. En av intensivsykepleierne forteller: «Hvis du oppfatter at grunnen til at han er sint er at han egentlig er redd, så vil det falle seg naturlig å ta litt på armen, å holde» (Informant A). Sinne er tidligere beskrevet som en fordring om å holde avstand, men denne intensivsykepleieren oppfatter at sinnet kan skjule en følelse av redsel og dette synes å fordre intensivsykepleieren til å berøre pasienten. Intensivsykepleieren synes slik å motta flere uttrykk for fordring samtidig. Sykepleieren kan ikke sette ord på hva det er med pasientens uttrykk som fordrer til berøring, men sier at berøring «faller seg naturlig». Det kan virke som at intensivsykepleieren fordres til å berøre intensivpasienten av følelser som oppstår i egen kropp på bakgrunn av en helhetsvurdering av det pasienten uttrykker og hans/hennes situasjon. De følelser som oppstår hos sykepleieren tolkes å være uttrykk fra den talende kroppen til intensivsykepleieren, noe som viser seg som en følelse av om hun/han skal berøre pasienten eller ikke. Flere beskriver uttrykket de får fra sin talende kropp som en følelse av om det er naturlig å berøre pasienten. En intensivsykepleier beskriver det slik:

Det er den der berømmelig magefølelsen som man ikke greier å sette ord på. Man får bare en følelse av at her er det noe. Så har du enkelte pasienter hvor jeg kjenner på meg selv at her må jeg tenke meg litt om før jeg berører. Det kan være noe i magefølelsen som sier at her må jeg helst ikke berøre for mye. Jeg vet ikke om det er noe som jeg tolker (Informant B).

Intensivsykepleieren sier at hun/han ikke får til å sette ord på hva som fordrer til å berøre eller unngå berøring av pasienten. Det synes derfor å skje en ubevisst vurdering hos intensivsykepleieren. Fordringen synes å komme til uttrykk som en følelse som flere av intensivsykepleierne beskriver som «en magefølelse» hvor det å berøre pasienten føles som godt eller riktig, eller som noe de bør unngå. Gjennom analysen finner en at uttrykk fra pasientenes talende kropp fordrer intensivsykepleierne, men at fordringen synes å gi sykepleierne en følelse av berørthet. Berørthet og skjønn hos intensivsykepleierne synes å komme til uttrykk gjennom intensivsykepleiernes talende kropp som en følelse av hvorvidt berøring av pasientenes kropp kjennes naturlig eller ikke. Denne intensivsykepleieren forteller om det å bruke hele seg:

Jeg berører kanskje mest de pasientene som signaliserer et behov. Fortvilelse hos pasienten, hjelpeløshet, skuffelse, at det er redd. Du ønsker jo at de skal greie seg. Når de ikke har klart det, må du liksom bruke hele deg, alt du har å spille på (Informant A).

Pasientens følelser av hjelpeløshet, skuffelse og redsel synes å fordre intensivsykepleieren til å berøre. Det kan synes viktig at intensivsykepleieren ser eller forstår hvilke følelser pasienten viser, da intensivsykepleieren sier at hun/han berører mest de som signaliserer et behov.

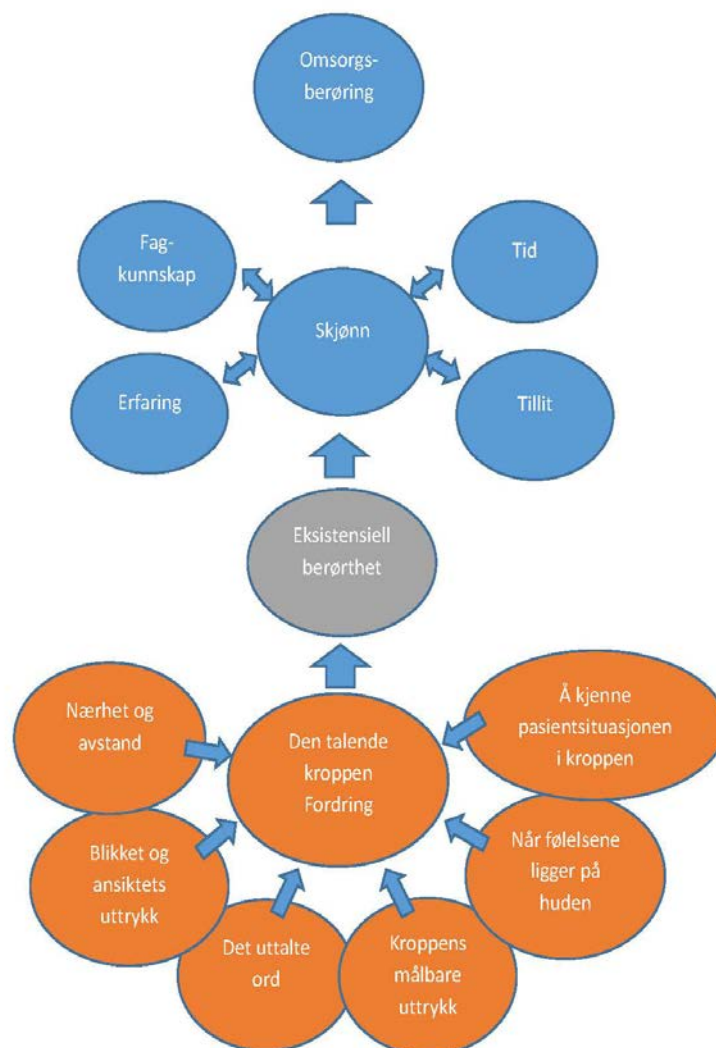
Intensivsykepleieren sier at hun/han bruker hele seg, noe som kan skjønnes som at intensivsykepleieren aktivt søker etter pasientens fordringer. Intensivsykepleieren synes å ha et ønske om å handle til pasientens beste slik at pasienten greier å gjennomføre behandling eller holde ut lidelse og sykdom. Intensivsykepleieren sier at hun/han bruker hele seg. Dette kan forstås som at flere typer kunnskaper; fagkunnskaper, erfaringskunnskaper, medmenneskelige kunnskaper samt sansene sammen utgjør fordringen til å berøre pasienten. Uttrykk og fordring gjennom den talende kroppen synes slik å inneholde flere typer kunnskaper slik at intensivsykepleieren føler at han/hun bruker hele seg for å forstå innholdet i fordringen.

Gjennom den hermeneutiske analyseprosessen finner en at det i flere tilfeller ser ut til å være noe mer som skjer mellom det at intensivsykepleierne blir fordret til å berøre pasientene og selve handlingen med at intensivsykepleierne berører pasientenes kropp. Det virker som at fordringen i flere tilfeller fører til at intensivsykepleiernes følelser blir berørt, og at denne følelsen utløser en skjønnsmessig vurdering av om de skal berøre pasientenes kropp og hvilken form berøringen skal ha. I skjønnnet synes fagkunnskaper, tid, tillit og erfaring å være viktig. Dette ser en nærmere på i drøftingskapitlet.

5.0 DRØFTING

Hensikten med studien er å løfte frem erfaringskunnskapen til intensivsykepleiere innenfor temaet berøring for å få fram mer kunnskap om hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten. Problemstillingen for studien er «hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten?» Subtemaer var nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden samt å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Hovedfunnet var den talende kroppen. Innenfor hermeneutisk metode er målet dypere forståelse (Thornquist 2002), og under fortolkningsarbeidet kom det frem en forståelse for at fenomenet omsorgsberøring inneholder flere nivåer mellom det at intensivsykepleierne opplever en fordring til en omsorgsberøring av pasientenes kropp skjer. De nivåene som trår frem som viktige er eksistensiell berørthet og skjønn. Den følgende drøftingen er oppdelt med utgangspunkt i disse tenkte nivåer hvor hovedfunnet med subtemaer danner et fundament som løfter funnene til nye nivåer. En ser videre på at fordring gjennom den talende kroppen også handler om en eksistensiell dimensjon fordi fordring synes å handle om eksistensiell berørthet. Et tredje nivå i drøftingen handler om skjønn på bakgrunn av at fordring også synes å handle om vurdering, og vurdering ses på som et innhold i skjønn. Nivåene for drøftingen presenteres i en figur (Figur 1). Det er brukt farger for å vise de forskjellige nivåer. Nederste nivå drøftes først og omhandler funnene fra denne studien med subtemaer og hovedtema. Så løftes drøftingen til å omhandle eksistensiell berørthet. Deretter diskuteres skjønn og forhold som kom fram i studien som viktige i forhold til skjønn. Drøftingen rundt eksistensiell berørthet og skjønn kan ses på som en fordypning av funnene fra studien. Til slutt trekkes drøftingen sammen i en del om omsorgsberøring.

Figur 1:



5.1 Den talende kroppen

I dette avsnittet ses det på funn fra denne studien opp mot tidligere forskning samt aktuell teori. I arbeidet med analysen av det skriftliggjorte materialet fra intervjuene fant man seks subtemaer: Nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden samt å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Det kom frem et hovedtema: Den talende kroppen. Funnene fra studien ble presentert i kapittel 4: Funn. Den talende kroppen utmerket seg som hovedtema fordi intervjupersonenes uttalelser når det gjaldt hva som fordrer til å berøre pasienten handler om uttrykk fra intensivsykepleierens egen kropp.

Problemstillingen for denne studien var «hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten?» Under intervjuene og den påfølgende analysen kom det fram at det i noen tilfeller kan oppleves enkelt å svare på problemstillingen. Når pasienten ber om å bli berørt oppfattes dette som en tydelig og verbal fordring og presenteres i subtema 3: Det uttalte ord. Når pasienten ber om å bli berørt utløser det oftest at intensivsykepleieren berører pasienten etter hans/hennes ønske. Disse situasjonene virket enkel å sette ord på for intervjupersonene. Ifølge Benner og Wrubel (2001) er en medfødt ferdighet å kunne ytre ønske om oppmerksomhet og hjelp. Dette vises i denne studien når en av de intervjuede intensivsykepleierne forteller om opplevelse hvor en baby med sin langvarige gråt fordret intensivsykepleieren til å ta opp babyen fra sengen og holde ham/henne tett inntil sin egen kropp. Nordtvedt og Grimen (2004) sier at språket kan være avstandsskapende for forståelse. I denne studien synes det derimot som om fordringen trer klart frem for intensivsykepleieren når pasienten ytrer verbalt ønske om å enten bli berørt, eller å ikke bli berørt. Men en slik verbal fordring var ifølge intensivsykepleierne sjeldent å oppleve.

Tidligere forskning har vist at intensivsykepleierstudenter lærer av de erfarne intensivsykepleierne hvordan de skal tolke svikt i enkelte kroppsfunksjoner og pasientens kroppsuttrykk til et helhetsinntrykk som gir mening (Fredriksen & Svensson 2009). Dette viser seg blant annet i subtema 4: Kroppens målbare uttrykk. Intensivsykepleiernes fag- og erfaringskunnskaper tilsier at når oksygenmetningen er lav eller blodtrykket og pulsen høy så betyr det at pasienten ikke har det bra, noe som fordrer berøring. Noen ganger synes intensivsykepleieren å berøre for å bekrefte det som det tekniske utstyret måler for å så kunne iverksette riktig tiltak/prosedyre. Andre ganger synes det å være erfaring som tilsier at det er omsorgsberøring som fordres. Betydningen av omsorgsberøring i forhold til teknisk utstyr vises i en studie hvor intensivpasienten forteller at den beroligende effekten av berøring med gode hender ikke kan erstattes av teknisk utstyr (Almerud m.fl. 2008). Intensivsykepleierne fortalte at de målbare uttrykkene til kroppen spesielt fordret til berøring når helhetsinntrykket av pasienten forteller at han/hun er preget av redsel eller engstelse.

Det kom frem i studien at nærhet og avstand (subtema 1) fordret intensivsykepleierne til å berøre eller til å unngå å berøre pasienten. Ifølge Fredriksen og Svensson (2010) opplever intensivpasientene et behov for hvile og beskyttelse mot unødvendige inntrykk. Dette kan mulig vise seg som pasientenes fordring om å ikke bli berørt. Intensivsykepleierne forteller at når pasientene ga uttrykk for aggressivitet var det en fordring om å holde avstand. Ikke alle vil bli berørt av andre. Noen ganger kan kanskje forklaringen være som Thornquist (2002)

påpeker. Berøring av en annens hender kan også fremkalle dårlige minner. Tidligere forskning har vist at intensivpasienter opplever frustrasjon på grunn av vansker med å kommunisere på grunn av sykdom eller behandling (Fredriksen & Svensson 2010). Pasientens avvisende og avstandsskapende kroppsholdning ble også av intensivsykepleierne tolket som uttrykk for redsel og engstelse. Dette bekreftes i tidligere forskning (Carlsson 2007) som viser at pasientens uttrykk for aggresjon kan skjule sårbarhet. Intensivsykepleierne i denne studien oppfattet pasientens aggressivitet som en fordring om å ikke berøre pasienten, men holde avstand. Forskning viser at sykepleieren ved en rolig væremåte kan berolige en aggressiv pasient (Carlsson 2007). Intensivsykepleierne i denne studien valgte å holde avstand og unngå berøring for ikke å gjøre den urolige pasienten mer urolig. Om pasienten søker mot sykepleieren med kroppen kan denne nærheten i seg selv fordre berøring. Nærheten kan være kroppslig, men kan også være en følelse. En føler seg nær den andre. Kanskje kan dette ha sammenheng med engasjement. Martinsen (2003) sier at ved personlig engasjement sanser en bedre og skjønner den andres situasjon. I studien kom det frem at personlig engasjement og sansing kan gjøre at intensivsykepleierne berører mer. To av intensivsykepleierne (D og G) fortalte at de berørte mest de pasientene som de følte seg nær, og at det å berøre pasientens kropp også gjorde at de følte seg mer nær pasienten. Personlig engasjement synes slik å være knyttet til berørthet.

Nærhet og avstand samt uttrykk for uro og sinne synes å være knyttet til subtema 5: Når følelsene ligger på huden. Dette innebærer at pasientens uttrykk for følelser fordrer intensivsykepleierne til å berøre. Å se med hjertets øye og bli rammet av den andres følelser er av Martinsen (2000) beskrevet som en prosess hvor en bruker hele kroppen og flere sanser samtidig for å sanse, kjenne og forstå hva som står på spill for pasienten. Dette støtter funnet fra studien om at intensivsykepleierne blir fordret til å berøre pasienten av det de kaller «de store følelsene», som innebærer pasientenes uttrykk for redsel, glede, sorg og smerte. Det at følelsene kalles store virker å ha sammenheng med at de gir tydelige uttrykk hos pasienten. Pasientens uttrykk for sinne synes å oppfattes som en fordring om å la være å berøre og om avstand, mens redsel, glede og sorg ble nevnt i intervjuene som en fordring om nærhet og berøring. Ifølge Benner og Wrubel (2001) møter mennesket situasjoner med en umiddelbar forståelse, og kropp og følelser kan ikke skilles. Det kan slik synes som at når følelsene til pasienten ligger på huden oppstår det også en forståelse i intensivsykepleieren. Mulig kan da også det å berøre pasientens kropp være med på å skape forståelse for pasientens situasjon. Dette finner en støtte for hos Thornquist (2002) som hevder at det er gjennom kroppslige

aktiviteter man forstår den andre, noe som kan vise seg når intensivsykepleieren berører intensivpasienten med en omsorgsberøring.

Intensivsykepleierne forteller at de ser en sammenheng mellom de følelser som ligger på huden til pasienten samt fordringen de opplever gjennom blikket og ansiktets uttrykk (subtema 2). Disse synes å kunne gjensidig forsterke eller tydeliggjøre fordringen som intensivsykepleieren opplever. Intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten gjennom pasientens blikk og uttrykk i ansiktet. Flere av intensivsykepleierne nevner uttrykket i øynene som spesielt viktig. De forteller at gjennom ansiktet formidles følelser som fortvilelse, sinne, engstelse og tilfredshet. Dette bekreftes hos Martinsen (1997) og Merleau-Ponty (1964) som sier at mennesket viser sin sårbarhet gjennom ansiktet og kroppens bevegelser. Flere av intensivsykepleierne fortalte at de ble fordret til å berøre pasienten på bakgrunn av pasientens blikk og ansiktets uttrykk (subtema 2). Når ansiktet uttrykker fortvilelse, engstelse eller redsel ser dette ut til å fordre intensivsykepleierne til å berøre pasienten. Dette finner en støtte for hos Nordtvedt og Grimen (2004) som påpeker at smerte og sykelighet kan uttrykke seg kroppslig, uten hjelp av språket. Intensivsykepleierne forteller at det i blikket og ansiktet til pasienten spesielt tydelig vises når fordring handler om å ikke bli berørt av intensivsykepleieren. Men i visse situasjoner anses berøring ikke som noe positivt. Det er hvis pasienten viser psykotiske trekk eller aggressiv oppførsel. Intensivsykepleierne tenker på sikkerheten til både pasientene og seg selv og vurderer når de bør trekke seg tilbake og la være å berøre. Det synes å være en anti-fordring hvor intensivsykepleierne vurderer at de ikke bør berøre pasientene fordi situasjonen kan utarte seg og den aggressive oppførsel bli verre. Intensivsykepleierne beskriver at pasientene da er «svart i blikket», blikket er flakkende eller stirrende. Dette kommer også frem hos Løgstrup (1999) som sier at et lukket ansikt ikke innbyr til tillit. I tillegg unngår intensivsykepleierne å berøre når pasientene har en anspent kroppstilling og/eller mistror intensjoner og uttalelser fra intensivsykepleierne.

Blikket og ansiktets uttrykk (subtema 2) og når følelsene ligger på huden (subtema 5) kan ses på som livsytringer hvor mennesket viser sin avhengighet til andre (Løgstrup 1999), noe som fordrer nærhet og berøring. Intensivsykepleierne blir berørt av pasientenes situasjon og kjenner det i egen kropp. Det kom frem i intervjuene at intensivsykepleierne har inntrykk av at de fleste intensivpasienter opplever en ukjent og skremmende situasjon hvor de er kritisk syk og det kan være fare for livet. Å kjenne pasientsituasjonen i kroppen (subtema 6) handler om å føle seg berørt av pasientsituasjonene og at dette fordrer intensivsykepleierne til å berøre pasientene. Denne berørtheten kan være uttrykk for at menneskene har en kroppsliggjort viten

som gjør at en legger en umiddelbar mening i situasjonene en møter (Benner & Wrubel 2001). Gjennom å berøre pasientene synes det som om intensivsykepleierne gir uttrykk for at de skjønner hva pasientene går igjennom. Ved sin berøring av pasientene synes intensivsykepleierne å uttrykke medfølelse i den vanskelige situasjonen. Slik kan selve situasjonen til pasientene fordra intensivsykepleierne til å berøre.

I flere av intervjuene kommer det fram at intensivsykepleierne har vanskeligheter med å sette ord på hva det er som fordrer de til å berøre pasientene. Dette viste seg for eksempel når intensivsykepleierne ga uttrykk for at forskeren spurte vanskelige spørsmål. Det syntes tydelig for forskeren at intensivsykepleierne var usikker på hvordan de skulle ordlegge seg, når de stadig byttet sittestilling, hadde et flakkende blikk eller brukte lange pauser under intervjuet. Dette ble ofte etterfulgt av en uttalelse fra intervjupersonene om at «det er nå bare sånt du ser» eller «jeg vet ikke hvordan jeg skal si det». Flere av intensivsykepleierne nevnte en «magefølelse» som en indikator på om berøring skulle igangsettes eller ikke. Dette kommer fram i subtema 6: Å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Ifølge Martinsen (1996) gir berørthet seg utslag i en følelse av uro hos sykepleieren, en blir rammet av den andres følelser. Denne uro eller magefølelse kan tyde på at det som fordrer intensivsykepleierne til å berøre pasienten involverer en ubevisst prosess. Erfaringer vekkes når mennesket møter et fenomen (Martinsen & Eriksson 2009), og her kan det synes som at kroppens erfaringskunnskap vekkes og at dette skjer på et førbevisst nivå som intensivsykepleierne vanskelig kan verbalisere. Ifølge Løgstrup (1999) er det ved personlig samvær en blir grepet av den andre. Dette kan knyttes sammen med studiens funn om at intensivsykepleieren kjenner pasientsituasjonen på kroppen. Hovedtema den talende kroppen handler om å bli grepet av den andre. Gjennom pasientens situasjon og uttrykk både språklig og ikke-språklig opplever intensivsykepleieren en fordring om å berøre pasienten. Intensivsykepleieren skjønner umiddelbart og tillegger situasjonen mening ut fra tidligere erfaringer (Benner & Wrubel 2001). Berørthet og mening synes å fremkomme som en «magefølelse». I tillegg henviser den talende kroppen til at det også skjer en førbevisst og førspråklig prosess hos intensivsykepleierne som er viktig i fordringen og som kan vise seg som omsorgsberøring.

5.2 Eksistensiell berørthet

Det trer frem en videreføring av studiens funn; at hva som fordrer til berøring handler om eksistensiell berørthet. Dette er noe som viser seg gjennom hovedtemaet den talende kroppen og som konkretiseres gjennom subtemaene. For å svare på problemstillingen «Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten?» løftes drøftingen til et høyere nivå, noe som kan ses på som en fordyping av studiens funn. Drøftingen vil nå omhandle hvordan den talende kroppen kan være uttrykk for eksistensiell berørthet.

Enkelte ganger synes intensivsykepleierne å fordres til å berøre pasientene gjennom et bevisst valg for å oppnå et mål, for eksempel å berolige de engstelige pasientene. Det virker som om berøringen i disse situasjonene skjer på bakgrunn av at intensivsykepleierne har god erfaring med å berøre pasienter som er i en slik situasjon. I de fleste tilfellene virker det som om fordring gjennom den talende kroppen kan sette i gang en ubevisst bevegelse i intensivsykepleierne som de har vansker med å sette ord på. Flere av intensivsykepleierne forteller at de blir fordret til å berøre pasienten av «de store følelsene» til pasienten, blant annet sorg, glede og redsel. I relasjonen til pasienten forteller intensivsykepleierne at de kjenner litt på de samme følelser som pasientene og det oppstår «en magefølelse» hvor berøring føles naturlig eller ikke naturlig. Denne «magefølelsen» tolkes som å være intensivsykepleierens ord for å uttrykke berørthet. Dette finner man støtte for hos Martinsen (1996) og Nordtvedt og Grimen (2004) som sier at hos sykepleierne viser berørthet seg som en klinisk bevissthet eller uro og anses å være uttrykk for en følelsesmessig forståelse av en situasjon. Berørthet vil da være et uttrykk for at intensivsykepleieren følelsesmessig forstår situasjonen, noe som gir seg uttrykk som en spesiell følelse i kroppen som de ikke får til å sette ord på. Følelsen som oppstår i intensivsykepleierne tolkes å være uttrykk for at erfaringer fra andre pasientrelasjoner vekkes og fører til en kroppslig og emosjonell berørthet hos intensivsykepleierne. Dette finner en støtte for hos Martinsen og Eriksson (2009), hvor en gjennom å se og sanse får et inntrykk av den andre som berører mennesket sansemessig og kroppslig samt vekker erfaringer fra lignende situasjoner. Berøring kan være både en tilstand i form av berørthet og en handling i form av kroppslig berøring. Intensivsykepleierens handling å berøre intensivpatienten synes å kunne skje på bakgrunn av en følelse av berørthet som vekker erfaringer knyttet til lignende situasjoner med livstruende situasjoner for pasientene. Erfaringene sammen med den nye situasjonen danner mening for intensivsykepleieren. For intensivsykepleieren er meningen av faglig art og er knyttet til at pasienten er livstruende syk.

Flere av de intervjuede intensivsykepleierne fikk tårer i øynene når de snakket om en situasjon med en pasient, selv om det var flere år siden det skjedde. Ifølge Martinsen og Eriksson (2009) handler fordring om ivaretagelse og består av et inntrykk sykepleieren får av den andre som beveger sykepleieren sansemessig og kroppslig. Det kom fram i intervjuene at de følelser som vekkes i intensivsykepleierne i pasientrelasjonene kan påvirke hvordan pasienten berøres. Dette støttes av forskning som har vist at sykepleieren blir berørt av det å berøre en pasient (Green 2013). Erfaringer og følelser fra det å møte og arbeide tett med pasienter i en slik sårbar og livstruende situasjon synes å sitte lenge i intensivsykepleieren og blir på den måten kroppsliggjort. De kroppsliggjorte erfaringene virker å bli til en del av det erfarte og kroppslige kunnskapsgrunnlaget intensivsykepleieren tar med seg i nye pasientsituasjoner og gir et handlingspotensiale for å hjelpe den kritisk syke pasienten på en god måte.

Berørthet og fordring synes å være i en stadig bevegelse i forhold til hverandre. Det virker som at intensivsykepleierne bruker flere sanser i relasjonen til pasientene og at de prøver seg fram med berøring samtidig som de kjenner i egen kropp om det føles naturlig. Samtidig ser intensivsykepleierne på pasientenes reaksjoner i forhold til hvordan berøringen tas imot. Fordring, berørthet og berøring synes slik å være noe som pågår under hele relasjonen mellom intensivsykepleierne og intensivpasientene. Heidegger (1962) anser menneskene for å alltid være berørt, og intensivsykepleierne opplever berørthet av eksistensiell karakter som omhandler kritisk sykdom og spørsmål om liv og død. Gjennom funn fra studien finner en at intensivsykepleierne opplever det viktig å sette seg inn i hva som betyr noe for pasienten og å imøtekomme dette. Dette støttes hos Benner & Wrubel (2001) som påpeker at god omsorg tar utgangspunkt i det som betyr noe for pasienten. Siden mennesket både er en kropp og har en kropp tenker en innen fenomenologien at det er ved kroppslige aktiviteter som å berøre intensivpasienten at intensivsykepleieren kan forstå pasienten (Thornquist 2002). Ut ifra dette kan det virke som at når intensivsykepleierne berører intensivpasientene oppnår de en bedre forståelse av pasienten. Flere av intensivsykepleierne forteller at de berører pasientene slik de selv hadde villet bli berørt om de var i en slik situasjon. Noen tok utgangspunkt i egne erfaringer som kritisk syk eller det å være pårørende til en kritisk syk, mens andre hadde ingen erfaring med kritisk sykdom utover arbeidserfaringen. For å kunne sanse den andre må mennesket ha et stemt sinn, noe som vil si at en må være innstilt på og interessert i det andre mennesket (Løgstrup 1999; Martinsen 1996). Nordtvedt og Grimen (2004) bruker uttrykket sensibilitet om dette. Det handler om å være åpen for å ta inn og sanse den andre og å legge

særlig merke til noe hos den andre. Intensivsykepleierne uttrykker et stort engasjement for pasientenes vanskelige situasjon som kritisk syk og forteller pasienthistorier som hadde gjort sterkt inntrykk. Engasjementet intensivsykepleieren viser kan ha sammenheng med berørthet på grunnlag av pasientens situasjon, noe en ser hos Vetlesen (2010) som påpeker at det å være berørt handler om å føle engasjement og deltakelse i den andres situasjon uten å oppleve det samme som den andre. Forskning viser at intensivpatienten setter pris på at intensivsykepleieren viser engasjementet og er fokusert til stede for den enkelte (Fredriksen m.fl. 2008). Intensivsykepleiernes engasjement i forhold til intensivpatientene er først og fremst knyttet til aktiviteter hvor hensikten er å hjelpe pasienten å opprettholde livet, men også til å lette opplevelsen for intensivpatientene.

Det å arbeide så nært mennesker med eksistensielle bekymringer synes å påvirke intensivsykepleiernes følelser. Ved å ha ansvar for og nær kontakt med pasienter som er kritisk syke kan intensivsykepleierne møte tanker om eget liv, de føler med og vil ta vare på intensivpatientene som opplever trussel om eksistens. Ut av det kan en tolke at intensivsykepleierne ved å bry seg om fordringen og om pasientenes ønsker også tar vare på pasientenes verdighet og autonomi, også nær livets slutt. Ifølge Martinsen (1997) og Løgstrup (1999) handler fordring dypest sett om livets moralske mening som er å ta vare på det syke mennesket. Gjennom studien har en vist at eksistensiell berørthet synes å være en viktig del av fordringen som knyttes til det å berøre intensivpatienten. Intensivsykepleieren er gjennom sin utdanning og sin jobb gitt ansvaret for å ta vare på kritisk syke pasienter. Dette arbeidet synes å ligge nært knyttet til kjernen i den etiske fordringen, nemlig det grunnleggende menneskelige å ta vare på de som er syk. En finner det igjen hos Martinsen (2003) hvor sykepleie er basert på et kollektivistisk menneskesyn hvor sykepleieren har ansvar for å hjelpe de svake i samfunnet. Intensivsykepleierne opplever en fordring gjennom sin talende kropp. Gjennom nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppslig målbare uttrykk, pasientens følelser som «ligger på huden» og egne følelser som vekkes i situasjonen får intensivsykepleieren tak i og skjønner hva som står på spill for pasienten. Når det gjelder den kritisk syke pasienten er intensivsykepleieren lært opp gjennom utdanningen til å fange opp tegn til forverring og forbedring på et tidlig tidspunkt (nsf.no). Det kan være viktig for intensivpatientenes overlevelse at intensivsykepleierne oppfatter og handler riktig ut fra det hun/han sanser og måler. Når mennesker er sammen med andre holder man ifølge Løgstrup (1999) noe av det andre menneskets liv i sine hender og å bli fordret anses som en etisk anmodning om å ta vare på noen. I fordringen synes det derfor å ligge et etisk ansvar hos

intensivsykepleieren om å ta vare på intensivpasientens liv og velvære. Fordring synes slik å være knyttet både til intensivsykepleierens funksjon og til det grunnleggende menneskelige å være til for den andre og hjelpe den som er syk.

5.3 Fordring og Skjønn

Gjennom analyseprosessen kommer det frem at det å oppleve eksistensiell berørthet synes å føre til noe mer. Før intensivsykepleieren berører intensivpasienten med en omsorgsberøring synes intensivsykepleierne å vurdere situasjonen, pasienten og rammene rundt sammen med egne følelser hvor intensivsykepleieren utøver skjønn. Skjønn anses som en videreført del av problemstillingen i oppgaven og tas av den grunn med i drøftingen. Skjønnsvurderingen virker å gi et helhetsinntrykk hos intensivsykepleieren som danner mening av situasjonen. Meningen situasjonen danner synes å være bestemmende for intensivsykepleierne i forhold til om berøring iverksettes eller ikke. Dette finner en støtte for hos Martinsen (2000), som hevder at når sykepleieren berøres sansemessig gir det mulighet for forståelse av fordring. Ingen av intensivsykepleierne satte ord på at det var skjønn de utøvde, slik at utøvelse av skjønn tolkes å være en ubevisst prosess. Ifølge Martinsen (2000) handler fordring om en opprinnelig mottakelighet hvor mottakeren tyder følelser og utviser skjønn. For den kritisk syke pasienten er det svært viktig at intensivsykepleieren greier å forstå hva som står på spill, og forståelse kommer i etterkant av sansing og berørthet (Martinsen 2000). Gjennom en hermeneutisk prosess hvor en flere ganger går tilbake til de transkriberte intervjuene (Lindseth & Norberg 2004) finner en at forståelse kommer når intensivsykepleierne tyder fordring gjennom pasientenes uttrykk samt følelser i sykepleierens egen kropp, og at de deretter gjør en skjønsmessig vurdering. Skjønn tolkes i denne oppgaven som å være en konsekvens av fordring (Fig. 1). Ifølge Løgstrup (1999) innebærer skjønn å vurdere alternativer for å oppnå forståelse. Skjønnet hviler på begrepelige kunnskaper og sanselig forståelse hvor sykepleierens erfaring anses å være viktig. Omsorgsetikk anses å være basert på de sanselige inntrykk sykepleieren mottar gjennom pasientens fordring og sykepleie er ifølge Martinsen (1997) basert på omsorgsetikk.

Når sykepleieren forstår situasjonen og situasjonen skaper mening settes riktig tiltak i verk. Noen ganger er pasienten så syk at fordringen er utydelig (Thornquist 2002). Det kan i disse situasjonene være vanskelig for intensivsykepleieren å tyde fordring, men det kan i en slik situasjon være viktig for pasientens overlevelse at intensivsykepleieren skjønner fordringen

og hvilke tiltak hun må gjøre. Skjønn er ansett som et tydningsarbeid hvor fagkunnskaper og sansing arbeider sammen (Martinsen 2000). Intensivsykepleieren bruker på denne måten flere typer kunnskaper samtidig. Det vil også være viktig i denne prosessen at sykepleieren ønsker å skjønne, at hun/han føler engasjement og bryr seg om pasienten og det han/hun uttrykker. Det er viktig at sykepleieren er mottakelig og sansevar (Martinsen 2012). Fra studien kan man se at berørthet gir engasjement og medfølelse i den enkelte pasientens situasjon, og kan på den måten utløse intensivsykepleierens bruk av skjønn i forhold til om berøring iverksettes eller ikke.

Skjønn er ansett å handle om å tilpasse sykepleien til den enkelte pasients unike situasjon. Å få en individuell rettet sykepleie kan gjøre at pasienten føler at sykepleieren bryr seg om ham/henne og på den måten føler seg verdsatt som et unikt menneske (Vetlesen 2010). I sin jobb utviser intensivsykepleierne skjønn i mange sammenhenger. Blant annet brukes skjønn i vurderingen om prosedyrer skal settes i verk, om målinger skal utføres eller om lege skal tilkalles. I tillegg utvises det skjønn i forhold til om berøring skal iverksettes eller ikke, hvilken type berøring en skal gjøre, hvilken kroppsdel som skal berøres, hvor hardt og hvor lenge en skal berøre.

Det fremkommer i studien usikkerhet hos intensivsykepleierne om hvorvidt det å berøre pasienten er riktig i den enkelte situasjon. Intensivsykepleierne fortalte at de prøver seg frem med litt berøring først, for så å vurdere reaksjonen hos pasientene om hvorvidt de skal berøre mer eller holde avstand. En slik prøvende berøring kan tyde på usikkerhet, men det kan også tyde på at bruk av denne typen berøring handler om å utvise et skjønn. Løgstrup (1999) påpeker at usikkerhet og skjønn ikke er det samme, men at skjønn innebærer å vurdere alternativer. Intensivsykepleierne setter ikke ord på at det er skjønn de utøver, men skjønnet synes å komme til uttrykk som en følelse i intensivsykepleierens kropp om hvorvidt det føles naturlig å berøre pasientene og i hvilken form berøringen skal være. Det kan slik synes som at det er en stadig bevegelse mellom fordring, berørthet, skjønn og berøring hvor intensivsykepleierne er på søken etter å se reaksjonene hos pasientene for ikke å trå over grensene for hva som er godt og hensiktsmessig for pasientene. Intensivsykepleierne sier ikke noe om bakgrunnen for denne forsiktigheten, men ifølge Thornquist (2002) kan måten berøring utføres kan påvirke pasientens forhold til egen kropp og andre mennesker. Det synes derfor å være av eksistensiell viktighet for intensivpasienten at intensivsykepleieren tar utgangspunkt i pasientens ønsker, noe en finner igjen hos Martinsen (2003) hvor omsorg som utøves uten omtanke for pasientene kan føles krenkende. Sykepleie anses basert i et

kollektivistisk menneskesyn hvor man har ansvar for å ta vare på den som er syk (Martinsen 2003), og dette synes å gi seg utslag i en følelse i intensivsykepleiernes kropp som gjorde at det følte naturlig å berøre pasientenes kropp. «Berøring blir en helt naturlig del av det» (Informant F) er et utsagn som viser dette. Det kan på den måten synes som at skjønnsutøvelse skjer på et ubevisst plan og kommer til uttrykk gjennom intensivsykepleiernes kropp som en god følelse av å gjøre noe som føles naturlig og opplagt. «Hvis du opplever at det du gjør er nyttig så gjør det godt» (Informant A) er et utsagn som viser følelsen intensivsykepleieren får i kroppen. I teorien finner man det hos Martinsen (1996) og Løgstrup (1999) som hevder at det gir glede, energi og livslyst å forholde seg til andre på en slik måte.

Noen ganger berører intensivsykepleierne pasientene selv om de viser at de ikke ønsker å bli berørt. Intensivsykepleierne beskriver diskrepans mellom pasientenes kroppslige uttrykk og det sykepleieren sanser, men gjennom egen talende kropp synes intensivsykepleierne å forstå at pasientene har behov for å bli berørt. Intensivsykepleierne beskriver at de berører pasientene for å åpne opp for noe og for å forløse følelser hos pasienten. Intensivsykepleierne synes da å utøve skjønn hvor kunnskap om den enkelte pasienten er en viktig del. Ved sin berøring virker det som om intensivsykepleierne gir omsorg ved å hjelpe pasientene å være det han/hun ønsker å være og ikke på bakgrunn av hvordan pasientene uttrykker seg (Benner & Wrubel 2001). Intensivsykepleierne synes å tolke det avvisende uttrykket som å ikke representere den pasienten er, men kan være påvirket av smerter eller redsel. Å ta utgangspunkt i den enkelte pasient på den måten anses som utgangspunktet for god omsorg (Benner & Wrubel 2001). Denne vurderingen anses å være basert på intensivsykepleierens skjønnsmessige vurdering.

I studien kom det fram at intensivsykepleieren enkelte ganger oppfatter en fordring om omsorgsberøring, men lar være å åpne opp eller handle på bakgrunn av den. Gjennom den hermeneutiske prosessen ved analysearbeidet trådte flere faktorer fram som viktige i forhold til skjønn. Det kan synes som at hvis det er mangel på en eller flere av disse faktorene unnlater intensivsykepleieren å berøre pasienten. I det følgende ses det nærmere på disse faktorene som kom frem under analyseprosessen.

5.3.1 Tillit

Et av elementene som viser seg som sentrale i forhold til fordring og skjønn er tillit. Tillit anses av Løgstrup (1999) som en grunnleggende faktor i menneskenes liv og som grunnlaget for kommunikasjon og for at fordring skal vises. Flere av intensivsykepleierne fremmer tillit som viktig i forhold til berøring. Pasientenes kropp blir berørt både for å opprette et tillitsfullt forhold samt som følge av at intensivsykepleierne og pasientene har et tillitsfullt forhold. Flere av intensivsykepleierne forteller at å oppnå tillit er et mål de arbeider mot med hver enkelt pasient, og at de ofte berører pasientene i denne prosessen. Ifølge Benner og Wrubel (2001) er et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient essensielt for forståelsen av hva som er viktig for pasienten og dermed kunne utøve god sykepleie til det enkelte mennesket, noe som også vises gjennom denne studien. Intensivsykepleierens funksjon innebærer å være nær pasienten for å oppdage endringer og gjøre tiltak på et tidlig tidspunkt av en forverring (www.nsf.no). Intensivsykepleierne forteller at nærhet og kjennskap kan være med på at tillitsforhold bygges opp, og sykepleierne kan da lettere oppdage endringer i pasientenes situasjon. Ifølge Benner og Wrubel (2001) er et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient helt nødvendig for å kunne utøve god sykepleie, en kan tenke seg at dette gjelder også for intensivsykepleiere og berøring. Tidligere forskning har vist at når sykepleieren holder pasientens hand er det til hjelp for å bygge et tillitsfullt forhold mellom dem (Bundgaard & Nielsen 2011), og gjennom denne studien viser en at et tillitsforhold mellom intensivsykepleier og intensivpasient kan være viktig for å skjønne pasientens fordring. Tillit synes viktig for å bli invitert inn i pasientens nære rom og for å få lov til å berøre. Om ikke forholdet er preget av tillit, kan det se ut som at intensivsykepleierne og pasientene holder hverandre mer på avstand. Det å være nær et menneske over tid gjør at en kjent med det enkelte mennesket. En av intensivsykepleierne (B) får tårer i øynene mens hun/han beskriver at forholdet til pasientene preges av en spesiell nærhet. Hvis intensivsykepleierne føler nærhet og tillit med intensivpasienten virker det som at sykepleierne føler det mer naturlig å berøre pasientene. Det synes derfor som at tillit er et viktig element i utøvelse av skjønn.

5.3.2 Tid

Et annet moment som synes viktig i utøvelsen av skjønn om hvorvidt intensivsykepleieren skal berøre pasienten er tid. Ved travle vakter i intensivavdelingen forteller intensivsykepleierne at de på grunn av tidspress må begrense tiden de bruker på hver pasient

og prioriterer bort omsorgsberøring. En av intensivsykepleierne forteller at hun/han enkelte ganger bevisst lar være å berøre pasienten fordi sykepleieren vet at det vil åpne for noe mer. Gjennom intervjuene kommer det fram at når intensivsykepleieren berører pasienten kan det åpne for at pasientens følelser og bekymringer kan komme frem. En av intensivsykepleierne (H) forteller en historie om en pasientsituasjon hvor hun/han holder en pasient i handen i over en time slik at pasienten kan få komme frem med sine følelser og det som er viktig for ham/henne å fortelle. Dette finner en støtte for hos Vetlesen (2010), som fremmer at sykepleieren må ha tid til å dvele ved den enkelte pasientens situasjon for å danne et grunnlag for hvordan en skal utføre sykepleien hos personen, som i denne sammenhengen er en pasient som er kritisk syk. Tid viser seg som et viktig aspekt også fordi det kan føles vanskelig å gå videre til neste pasient etter å ha vært nær pasienten både emosjonelt og kroppslig. Flere av intervjupersonene er tydelig berørt følelsesmessig når de forteller om pasientsituasjoner selv om de skjedde for flere år siden. Det kan tyde på at det er krevende og at det tar tid å kjenne på de følelser som er i bevegelse både hos pasienten og hos en selv. Det å oppleve fordring og å jobbe med det som oppleves som viktig for andre personer og med deres følelser synes å være utmattende. Ut ifra dette kan det virke som at fordring, berørthet og omsorgsberøring krever både at intensivsykepleieren har tid til å ta imot det pasienten måtte komme med her og nå og at det gjør noe med intensivsykepleierens følelser som setter emosjonelle spor. Det synes som at det intensivsykepleieren mottar må bearbeides mentalt og at det slik gjør noe med intensivsykepleieren å motta historiene til pasienten og å kjenne på de følelsene pasienten har.

Martinsen (2000) påpeker at en må bruke tid og taushet for å la den andre tre frem, noe intensivsykepleierne forteller kan være en utfordring i dagens helsevesen hvor idealet er at alt skjer hurtig. Om en ikke bruker tid for å kunne se appellen hos enkeltmennesket kan en fare være at en reduserer personen til et objekt eller kasus mens å bli sett som person oppleves som støttende (Martinsen 2000). Intensivsykepleierne i studien ytrer bekymring og viser tegn på ubehag og flauhet over å innrømme at de noen ganger lar være å berøre intensivpasienten på grunn av manglende tid. Ifølge Martinsen (2000) verdsetter dagens helsevesen effektivitet og produktivitet. På grunn av måten helsevesenet er organisert har intensivsykepleierne større tidspress, noe som synes å gi større avstand mellom hva sykepleierne vurderer at de burde gjøre og hva de har tid til å utføre. Dette vil over tid oppleves som en belastning (Vetlesen 2010). Intensivsykepleierne i denne studien forteller at de må skynde seg for å få gjort alle dagens arbeidsoppgaver innenfor arbeidstiden. Samtale og berøring av pasientene er på travle

dager ikke en prioritert oppgave, av tidshensyn velger de å ikke åpne opp fordringen og handle på bakgrunn av den.

5.3.3 Erfaring

Et av elementene som viser seg som sentrale er at fordring er knyttet til erfaring. Den erfarne intensivsykepleieren synes å berøre pasientene hyppigere enn den nyutdannede.

Intensivsykepleierne hevder at de ved erfaring som intensivsykepleier lettere skjønner hva pasienten trenger og beskriver at de kjenner i sin egen kropp hva som føles riktig i forhold til hvor nær de skal være pasientene. Det synes som om de kjenner både sine egne og pasientenes grenser i forhold til nærhet og berøring bedre nå enn da de var nyutdannet og det kan synes som at intensivsykepleierne lettere oppfatter en fordring ved lengre erfaring. Dette bekrefter Benner og Wrubels (2001) utsagn hvor de hevder at en erfaren sykepleier vil oppfatte det spesifikke ved enkeltpasienten og dermed har en bedre forståelse av pasientens situasjon. En annen tolkningsmulighet er at den erfarne intensivsykepleier ser pasienten på et annet nivå enn den nyutdannede hvor den erfarne ikke bare blikk for diagnose, symptomer og det tekniske utstyret som omkranser pasienten, men i tillegg forstår pasientens bekymringer rundt eksistensielle spørsmål. Det kan synes som at den erfarne intensivsykepleieren bedre ser helhetssituasjonen til pasienten og slik forstår hva som står på spill. Dette er sett i tidligere forskning (Almerud m.fl. 2008) hvor teknisk utstyr ikke kan erstatte nærheten og empatien i menneskelig berøring. Sykepleien den erfarne intensivsykepleieren utøver synes på den måten å i større grad omhandle et dypere eksistensielt nivå hos pasienten. Enkelte pasienter kan være så utslitt av sykdom at de kun kan uttrykke lidelse (Benner & Wrubel 2001; Hov m.fl. 2007). Det kan i disse tilfeller være vanskelig for både den nyutdannede og den erfaring å se og forstå fordringen om å bli sett og anerkjent som menneske. Menneskene møter situasjoner med en umiddelbar forståelse (Benner & Wrubel 2001), men en fare kan være at en misforstår den andres uttrykk. Intensivsykepleierne ser kanskje først det lidende uttrykket og ikke hva som ligger bak, dette synes å gjelde spesielt den nyutdannede intensivsykepleier. Dette finner en hos Benner og Wrubel (2001) om at mennesket utvikler nye mestringsstrategier etter hvert som en møter nye situasjoner. Livserfaring kan også spille inn i intensivsykepleierens tolkning av pasientens uttrykk og fordring (Martinsen 2000), og en av de intervjuede intensivsykepleierne (Informant D) beskriver et bilde på sin erfaring som å være en mental ryggsekk hun har med seg i møte med pasienten. Noen av erfaringene som er i sekken har hun

opparbeidet ved livserfaring mens andre har hun med seg fra pasientsituasjoner på jobb. Noen erfaringer oppleves små og kan puttes i en lomme på ryggsekken mens andre synes store og krever mye mental plass. Til sammen sier hun at disse erfaringene utgjør redskaper hun benytter i møte med nye pasienter.

5.3.4 Fagkunnskap

For å utøve god sykepleie må sykepleieren ha gode fagkunnskaper (Martinsen 2012), og fagkunnskaper viser seg som viktige i grunnlaget av skjønn i forhold til berøring. Dette viser seg i denne studiens subtema 4 hvor målinger fra teknisk utstyr som blodtrykk, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning er med i vurderingen om intensivsykepleieren bør berøre pasienten. Intensivsykepleierne trenger kunnskaper for å skjønne hva som står på spill for pasienten. Fredriksen og Ringsberg (2009) har funnet at stress knyttet til sykdom og lidelse kan ses som svette, økt puls, søvnproblemer og uro hos pasienten. Disse kroppslige tegn hos pasienten kan fremkalle en berørthet hos sykepleieren som viser seg som en følelse av uro (Nordtvedt & Grimen 2004, Martinsen 1996). Intensivsykepleierne i denne studien forteller at stress og forverring i tilstanden til pasientene kan vise seg i målbare tegn og at disse tegn gir en spesiell følelse i intensivsykepleierne som virker som en fordring til å berøre pasientene. Papathanassoglou m.fl. (2012) har funnet at berøring kan redusere blodtrykk og respirasjonsrate, kan bedre søvn og redusere smerter, noe som mulig kan si noe om sammenhengen. Fra funnene i denne studien kan det synes som at intensivsykepleierne bruker fagkunnskaper ved at de setter målbare data sammen med fordringen via den talende kroppen, nærhet og avstand, det uttalte ordet til pasienten, de følelser som vises på huden til pasienten og ved å kjenne pasientsituasjonen på kroppen for å avgjøre om berøring av pasienten skal iverksettes. Ifølge Benner og Wrubel (2001) kan en erfaren sykepleier oppfatte at en forandring holder på å skje og gjøre tiltak for å forhindre forverring. Det å oppfatte at en forandring holder på å skje synes å være en sammensatt situasjon hvor flere aspekter spiller inn og intensivsykepleierne bruker flere typer kunnskap. Nordtvedt og Grimen (2004) påpeker at skjønn er noe mer enn vitenskapelig kunnskap og vanskelig kan forklares eller etterprøves. Intensivsykepleierne synes å bruke både sin faglige erfaring, teoretisk kunnskap, teknisk kunnskap, livserfaring, sansing, berørthet, kjennskap til den enkelte pasienten, etikk og moral samt skjønn for å avgjøre hvilket tiltak som skal gjøres. Om sykepleieren kun registrerer og ikke sanser reduseres mennesket til et objekt og sykepleieren vil da kun se etter felles

kjennetegn og ikke kunne se enkeltmennesket (Martinsen 2000). Det anses på den måten nødvendig å sette sammen målbare uttrykk med andre uttrykk for fordring. Van Dongen og Riekje (2010) påpeker at synet på kroppen har endret seg over tid og at det skjer en objektivisering av kroppen hvor man berører på en rasjonell måte uten at følelser involveres. I denne studien gir derimot intensivsykepleierne uttrykk for at det å berøre pasientene er noe som utføres med forsiktighet og respekt for individets preferanser og ønsker.

I tidligere forskning stilles det spørsmål ved at sykepleiere utdannes i bruk av teknisk utstyr, men ikke i å håndtere egne reaksjoner og følelser (Van Dongen & Riekje 2010). I denne studien viser flere av intensivsykepleierne følelser og tegn på berørthet ved tårer i øynene når de forteller om hendelser flere år tilbake i tid. På tross av dette fremkommer det i flere av intervjuene at berøring og berørthet ikke er et tema som diskuteres mellom kollegaer på den ene av de besøkte intensivavdelingene. På den andre avdelingen fremkommer det at berøring og berørthet en sjelden gang er tema for samtale, spesielt når intensivsykepleierne opplever spesielt utfordrende pasientsituasjoner. Ifølge Martinsen (2000) innebærer fagkunnskaper både klassifiseringskunnskap som fremkommer gjennom vitenskap og forskning samt erfaringskunnskap som fremkommer gjennom erfaringer i det praktiske liv. Alle intensivsykepleierne påpeker at de berører pasientene utenom prosedyrer hver dag og de deler flere eksempler på bruk av omsorgsberøring. En studie viser at kunnskaper overføres til intensivstudenten i praksis ved at de blir plassert i en situasjon og får vist av kontaktsykepleieren hvordan de bør reagere i situasjonen (Fredriksen & Svensson 2009). Dette synes som en mester-lærlingemetode som også kan innebære hvordan en handler ut fra en fordring. Slik erfaringskunnskap kan kanskje i ettertid være vanskelig å sette ord på og flere av intensivsykepleierne forteller at de ikke lærer om denne typen berøring i sin utdanning. En finner ikke at det er forsket på disse områdene i forhold til intensivsykepleiere tidligere. Et spørsmål som kan reises på bakgrunn av dette er hvorvidt intensivsykepleierne har kunnskaper for å kunne gi et språk, verbalisere og dele sine kunnskaper med sykepleierkollegaer om temaene eksistens, sensibilitet, berørthet, fordring og skjønn. Denne studien er for liten til å kunne konkludere, men gir likevel innspill om at manglende forskning og utdanning rundt denne typen berøring kan være medvirkende årsak til at de fleste intensivsykepleierne har vanskelig for å sette ord på hva som fordrer til berøring. Slik antydes at berøring og berørthet kan være en taus kunnskap som opparbeides individuelt på bakgrunn av en personlig erfaring i pasientsituasjonene. Intensivsykepleiernes berøring av pasientenes kropp synes å ikke være regulert av regler, noe en ser hos Martinsen (2000) hvor en

arbeidsplass vil danne tause regler for hvordan sykepleieren møter syke mennesker. Alle intensivsykepleierne hevder at de ikke berører pasienten annerledes når en kollega er til stede, noe som tolkes som at det ikke oppleves som tabu å berøre pasienten med omsorgsberøring. Dette støttes av Edwards (2007) som fant at tause regler i samfunnet tilsier at helsepersonell kan berøre pasientens kropp.

Til sammen synes det som om disse faktorer med i en skjønnsvurdering i forhold til om intensivsykepleierne berører pasientene. Nordtvedt og Grimen (2004) påpeker at sensibilitet og refleksjon, etikk og fag er umulig å skille fra hverandre, noe som kan vise seg som vansker med å sette ord på hva som fordrer til berøring. Martinsen (2000) hevder at en slik førbevisst og førspråklig prosess vanskelig kan forklares fullt ut, noe som støtter at dette er et vanskelig emne å sette ord på. Mulig er fordring, berørthet og skjønn så komplekst og sammenvevd at det er vanskelig å sette ord på, men viser seg i intensivsykepleierens kropp som en følelse av om det er naturlig å berøre pasienten.

5.4 Omsorgsberøring

I dette avsnittet ser en på fenomenet omsorgsberøring i forhold til teori og tidligere forskning. I tillegg oppsummeres det noe fra de andre avsnittene i drøftingsdelen. Å bli berørt av andre og å berøre andre er ansett som grunnleggende menneskelig (Heidegger 1962), og berøring kan være en tilstand i form av berørthet og det kan være en bevegelse i form av det å berøre en annens kropp. Dette finner en igjen i studien hvor intensivsykepleierne forteller at de i sin arbeidshverdag både blir berørt følelsesmessig i møtet med pasientene, og at de berører intensivpasientene utenom prosedyrer med omsorgsberøring. Dette støttes hos Martinsen (2003) hvor sykepleiere viser omsorgen gjennom praktiske handlinger, for eksempel berøring. Gjennom studien har en sett at omsorgsberøring kan vise seg på flere måter som det å stryke pasienten på kinnet, holde pasientens hand eller å gi en klem.

Gjennom studien har en sett at intensivsykepleieren sanser pasientens uttrykk og at dette gir seg utslag i følelser i egen kropp. Dette støttes gjennom teori fra Benner og Wrubel (2001) hvor det presiseres at følelser kan gi kroppslige reaksjoner. Intensivsykepleieren fordres til å berøre pasienten gjennom signaler fra egen kropp, den talende kroppen. Gjennom nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden og det å kjenne pasientsituasjonen på kroppen opplever intensivsykepleieren

en berørthet. Denne berørtheten kommer til uttrykk som en magefølelse som igjen gjør at berøring føles naturlig, riktig, eller helt feil. Dette forklares gjennom fenomenologiske tankegang av Merleau-Ponty (1994) hvor kropp og følelser ikke kan skilles fordi bevisstheten er knyttet til kroppen. Intensivsykepleieren utøver skjønn hvor flere faktorer har betydning, blant annet tillit, tid, fagkunnskaper og erfaring. Å berøre intensivpasienten med omsorgsberøring synes å være et bevisst og handfast uttrykk for den ubevisste prosessen som settes i gang når intensivsykepleieren opplever en fordring.

Den taktile sans er fundamental for konstituering av selvet og for utvikling av den menneskelige intersubjektivitet (Green 2013; Husserl 1989). Det å berøre andres kropp er slik ansett for å være noe som beskriver det å være en person sammen med andre personer. En finner dette også hos Benner og Wrubel (2001) som påpeker at omsorg er en grunnleggende måte å være i verden på. Gjennom intervjuene forteller intensivsykepleierne at det å berøre andre gir en god følelse (informant A, B og E) og at det føles riktig å berøre. Ifølge Martinsen (2003) kan lidelsen i seg selv være en fordring til intensivsykepleierne om en praktisk handling, noe som støtter at det kan være vanskelig å sette ord på hva det er som fordrer at pasientenes kropp berøres. Det kan på den måten forstås som at det er den lidende pasienten og lidelsen i seg selv som fordrer berøring. Intensivsykepleierne identifiserer seg med pasientene og deres situasjon og berører pasientene slik de selv ville ha blitt berørt om de var i samme situasjon. Fra intervjuene ser en at omsorgsberøring anses som en viktig del av det å utøve god omsorg, noe som støttes av Martinsen (2003) som sier at sykepleie tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor en tar vare på hverandre og har ansvar for de svake. Å berøre andre er ansett for en viktig del av det å yte omsorg, god sykepleie og intensivsykepleie, noe en finner bred støtte for i tidligere forskning (Almerud m.fl. 2008; Bundgaard & Nielsen 2011; Chang 2008; Fredriksen & Ringsberg 2007; Harding m.fl. 2008; Hov m.fl. 2007; van Dongen & Riekje 2010). De fleste av intensivsykepleierne fremmer at det å berøre intensivpasientene på denne måten er en viktig del av jobben som intensivsykepleier. Pasienter har fortalt at å berøres av en sykepleier anses som en naturlig del av omsorgen (Harding 2008), og de ønsker å bli berørt mer av sykepleieren (Schou & Egerod 2008). I denne studien anser alle intensivsykepleierne berøring som noe positivt både for intensivpasienten og for intensivsykepleieren. Intensivsykepleierne ytrer ønske om å gjøre tiltak som er ønskelig og godt for pasientene slik at pasientene får en positiv opplevelse av berøringen. Dette støttes hos Benner og Wrubel (2001) som påpeker at omsorg handler om det som betyr noe for pasienten. Intensivsykepleierne forteller at de prøver seg fram med berøring

for å se hva pasienten liker eller godtar. Dette bekreftes hos Hov m.fl. (2007) hvor god sykepleie i intensivavdelingen baseres på kjennskap til situasjonen til hver pasient. Dette støttes også hos Martinsen (2003) som påpeker at sykepleiens omsorg for pasienten må tilpasses den enkelte ut fra en situasjonsforståelse og at dette er avhengig av at sykepleieren føler et personlig engasjement i den andres situasjon. Det å berøre intensivpasientene på en måte som kan gjøre dagen til pasienten litt lettere uttrykkes å gi stolthet over faget: «*Det som betyr mest for meg er å gjøre en forskjell for noen. At man gjør noe som man vet er bra for den andre. Hva det er, vet jeg bare inni meg*» (Informant E). Det å berøre intensivpasienten gir en god følelse i intensivsykepleierens kropp. Hos Martinsen (2003) finner en støtte for dette ved at det å gi omsorg kan gi sykepleieren tilbake omtanke, takknemlighet og en følelse av å gjøre noe godt for andre. Det å berøre pasienten med omsorgsberøring kan slik være en praktisk handling hvor intensivsykepleieren uttrykker omsorg til intensivpasienten. Ifølge Benner og Wrubel (2001) er mennesket noen ganger så utslitt av sykdom at det bare greier å uttrykke lidelse gjennom kroppens uttrykk, og det kan være utfordrende å tolke signalene riktig. Intensivsykepleierne forteller at de kjenner på stemningen i rommet, noe som forstås som at intensivsykepleierne sanser og danner seg et inntrykk av pasientens situasjon. Menneskene sanser og fortolker i møte med hverandre og forståelse kommer på bakgrunn av forforståelse og hvilken mening situasjonen gir den enkelte (Nordtvedt & Grimen 2004). For intensivsykepleierne oppstår mening i møtepunktet mellom formalkunnskap og sanseintrykk (Fredriksen & Svensson 2009), slik at ved å fordres, bli berørt, bruke fagkunnskaper, skjønn og erfaring kommer det fram et helhetsinntrykk. Dette helhetsinntrykket kan gi seg uttrykk som mening, og om intensivsykepleieren finner det meningsfullt i situasjonen berøres pasienten kropp.

Uttrykket «pleierrollen» brukes av flere av intensivsykepleierne, de synes å skille mellom seg som privatperson og som intensivsykepleier når det gjelder berøring. Flere forteller at de selv ikke liker å bli berørt så mye på egen kropp mens det å berøre pasientene anses å være en naturlig del av sykepleien. Dette ser man igjen i tidligere forskning hvor pasienter forventer og godtar å bli berørt når de er innlagt i sykehus, det finnes uskrevne regler som tilsier at alle kan berøre pasientens kropp (Edwards 2007). Det kom fram i intervjuer at selv om intensivsykepleierne ikke selv er glad i å bli berørt, har de opplevd at det kan gjøre godt å bli berørt på en god måte (Informant D og E). Dette er noe de bringer med seg videre i sin jobb med intensivpasienter og slik kan det synes som om opplevelser i privatlivet kan påvirke hvordan intensivsykepleierne forstår og berører sine pasienter. Intensivsykepleierne har erfart

at mange pasienter føler usikkerhet eller redsel, spesielt de som er nylig innlagt i sykehuset. Dette finner man støtte for hos Benner og Wrubel (2001) som sier noe om at man i slike nye og uvante situasjoner kan oppleve stress hvor man mister sin refleksive måte å møte verden på. Tidligere forskning viser at intensivpasienter opplever en kriselignende situasjon ved akutt sykdom (Fredriksen m.fl. 2008). Dette finner man i denne studien hvor flere av intensivsykepleierne forteller at intensivpasientene trenger en veileder i hva som skjer med dem i den ukjente sykdomssituasjonen, en som pasienten føler kan vise trygghet i situasjonen som oppleves fremmed, usikker og skremmende. Ifølge van Dongen og Riekje (2010) skaper berøring bånd mellom pasient og sykepleier som gjør det mulig å utøve omsorg. Å skape et tillitsfullt forhold og berøring anses slik å være av stor viktighet for forholdet mellom intensivsykepleier og intensivpasient. Ut fra fenomenologisk tankegang vil forholdet og berøringen også preges av at både intensivsykepleierne og intensivpasientene er individer som har forskjellige personligheter, erfaringer og preferanser når det gjelder berøring. Det kan synes som at ved omsorgsberøring søker intensivsykepleieren å skape tillit og å gjøre den vanskelige situasjonen med kritisk sykdom og lidelse best mulig for intensivpasienten.

Omsorg for de svake i samfunnet dras frem som en viktig komponent i omsorgsperspektivet fra den kristne Bibelens historie om den barmhjertige samaritan (Martinsen 2003). I denne studien var det ikke fokus på hva som ligger til grunn for omsorgsberøring, men likevel kommer det fram i intervjuene at berøring skjer blant annet på bakgrunn av ønsket om å menneskeliggjøre helsevesenet, å overføre trygghet til pasientene og vise at man vil pasientene vel. Intensivsykepleierne har et ønske om å oppnå tillit for å få en dypere kjennskap og forståelse i hva som betyr noe for pasientene. Omsorgsberøring blir ansett av intensivsykepleierne som et uttrykk for medmenneskelighet og et ønske om å vise at en bryr seg om det syke mennesket, noe denne intensivsykepleieren setter ord på: *«Vi mennesker har et grunnleggende behov for å bli sett. At noen ser deg i din skam eller din lidelse. Jeg bryr meg jo, det er det jeg vil signalisere med å ville ta på de»* (Informant E). Dette finner man støtte for hos Martinsen (2003) som sier at å berøre kan være uttrykk for anerkjennelse av den andre. Det å berøre pasientens kropp kan slik være et uttrykk for omsorg hvor intensivpasientens følelser i situasjonen anerkjennes av et medmenneske og en fagperson.

Denne typen berøring har tidligere blitt kalt «ikke-nødvendig, ikke-prosedyrerelatert, ekspressiv, beskyttende, hengiven/affektiv» (Gleeson & Timmins 2005). Omsorgsberøring er et begrep som en ikke har sett i tidligere forskning, men som syntes naturlig å bruke siden denne typen berøring kan ha nær sammenheng med å vise omsorg for pasienten. Begrepet

omsorgsberøring kan derfor anses som nytt i denne fagsammenheng. Omsorgsberøring kan knyttes til sammenhengen mellom eksistens, kroppens tale og den fordring intensivsykepleieren opplever. Det dreier seg om grunnleggende menneskelige erfaringer som fordring, tillit, berørthet og kroppslig forståelse og gjelder i denne sammenheng relasjonen intensivsykepleier og pasient (Benner & Wrubel 2001; Martinsen 1997; Thornquist 2002). Begrepet rommer de faktorer som har kommet fram i oppgaven og er drøftet tidligere; fordring gjennom den talende kroppen, eksistensiell berørthet og skjønn, men berører sannsynlig flere dimensjoner. Under analysen kom det fram at omsorgsberøring sannsynligvis også i stor grad omhandler etikk og moralske overveielser samt pårørende. Gjennom intervjuene kom det fram at intensivsykepleierne enkelte ganger bevisst berører pasientene for å oppnå et mål. Det kan være individuelle forskjeller i bruken av berøring og det kan synes som at enkelte intensivpasienter berøres mer enn andre. Den bevisste bruk av omsorgsberøring har det ikke vært fokus på i denne oppgaven, og dette diskuteres derfor ikke nærmere. Oppgavens størrelse setter også begrensninger.

6.0 AVSLUTNING

Studien kan bidra til å sette lys på intensivsykepleiernes bruk av omsorgsberøring. Gjennom studien kommer det frem at omsorgsberøring er en taus, men selvfølgelig del av arbeidet til intensivsykepleierne. De synes å mangle ord for å beskrive omsorgsberøring, fordring, berørthet og de følelser som vekkes i relasjonen med intensivpasienten, og dette er noe som sjeldent diskuteres i kollegiet. Funnene fra studien viser at intensivsykepleierne har ulike opplevelser og erfaringer med hva som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten, men en ser også mange likheter. De fleste av intensivsykepleierne er ikke bevisst sin bruk av omsorgsberøring og har vansker med å finne ord for å beskrive hva som fordrer til berøring. Gjennom analysen kom det frem at i relasjonsarbeidet med intensivpasienten sanser intensivsykepleieren og det som sanses synes å kunne fordre til berøring av pasientens kropp.

Hovedfunnet i studien var at den talende kroppen fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten. Hovedfunnet rommer subtemaene nærhet og avstand, blikket og ansiktets uttrykk, det uttalte ord, kroppens målbare uttrykk, når følelsene ligger på huden og å kjenne pasientsituasjonen i kroppen. Fordring gjennom den talende kroppen rommer på den måten både verbale, kroppslige og følelsesmessige uttrykk. Ved en videreføring av studiens funn finner man at det kan dreie seg om et samspill mellom fordring gjennom den talende kroppen, eksistensiell berørthet og utøvelse av skjønn, og i skjønnnet viser fagkunnskaper, tid, tillit og erfaring seg som viktig. På bakgrunn av denne fordypningen av funnene tolker man at det som fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpasienten består av både den talende kroppen og av et sammensatt helhetsbilde som gir mening for intensivsykepleieren.

7.0 VIDERE FORSKNING

Denne studien er et første steg innen forskning på fordring og berørthet og omsorgsberøring hos intensivsykepleiere. Studien er liten, men funnene viser tendenser som bør forskes mer på. Det dreier seg først og fremst om sammenhengen mellom fordring, eksistens og skjønn, men også hva skjønn innebærer hos intensivsykepleierne og hvilke følelser intensivsykepleierne kjenner på i relasjonene til intensivpasientene. En bør forske på innholdet av omsorgsberøring, som er et nytt begrep fra denne studien.

For å forstå mer om intensivsykepleieres bruk av omsorgsberøring kan en belyse flere erfarte pasienthistorier. Etikk og moral viser seg som viktige i forhold til intensivsykepleieres bruk av omsorgsberøring, noe en bør forske på. Gjennom analysen kom det frem tendenser om forskjell i bruk av berøring i forhold til kjønn og alder på både intensivsykepleier og pasient, noe en bør forske mer på. Omsorgsberøring i forhold til barn som intensivpasient og i forhold til pårørende viste seg også som aktuelle temaer. Intensivsykepleierens bevisste bruk av berøring bør også forskes på i forhold til hvilke steder som berøres og hva intensivsykepleieren ønsker å oppnå med å berøre intensivpasienten. Intensivpasientenes opplevelse av omsorgsberøring og hva omsorgsberøring fører til bør også forskes på.

Litteraturliste

Almerud, S., Alapack, R. J., Frilund, B. og Ekebergh, M. (2008) Beleaguered by technology; care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy* 9, 55-61.

Alver, B. G. og Øyen, Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskningshverdagen*. Oslo: Tano Aschehoug.

Benner, P. og Wrubel, J. (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark.

Borch, E. og Hillervik, C. (2005) Experiences of physical touch in nursing care as narrated by patients [Swedish]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 25(4): 4-9.

Bundgard, K. og Nielsen K. B. (2011) The art of holding hand. *International Journal of Human Caring* 15/3, 34-41.

Carlsson, G. (2007) Vård som berør – en studie av våldsamme møten inom psykiatrisk vård. *Vård i Norden* 3/2007, 29-34.

Chang, S. O. (2008) The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing* 33/6, 820-827.

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Edwards, S. C. (2007) An anthropological interpretation of nurses` and patient`s perception of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing* 28/4, 809-817.

Fredriksen, S-T. D. og Ringsberg, K. C. (2007) Living the situation stress experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 23/3: 124-131.

Fredriksen, S-T. D, Talseth A-G. og Svensson, T. (2008) Body, strenght and movement – intensive care patients` experience of body. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2008; 3: 77-88.

Fredriksen, S-T. D. og Svensson, T. (2009) Fra lært kropp til ulært kropp. –Om overføring av erfart kunnskap fra sykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2009; 1: 13-27.

Fredriksen, S-T. D. og Svensson, T. (2010) The bodily presence of significant others. Intensive care patients` personal experiences in a situation of critical illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2010; 5:5120.

Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier (2002) www.nsf.no/vis-artikkel/125359/17036/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier (Søkt mai 2015)

Gleeson, M. og Timmins, F (2005) A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Clinical Effectiveness in Nursing* 9, 69-77.

Green, C. (2013) Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nursing Philosophy* 14/4, 242-253.

Harding, T., North, N. og Perking, R. (2008) Sexualizing men`s touch. Male nurses and the use of intimate touch in clinical practice. *Research and Theory for Nursing Practice; An International Journal* 2008; 22/2.

Heidegger, M. (1962) *Being and time*. New York: Harper and Row.

Hov, R., Hedelin, B. og Athlin, E. (2007) Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23: 331-341.

Husserl, E. (1989) *Fenomenologiens idè*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB.

Intensivregisteret (2013) <http://intensivregisteret.no/Annet%c3%85rsrapportar/tabid/55/Default.aspx> (Søkt mai 2015)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18: 145-153.

Løgstrup, K. E. (1999) *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Martinsen, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg*. Otta: Tano Aschehoug.

Martinsen, K. (1997) *Fra Marx til Løgstrup*. Otta: Tano A.S. 2. opplag

- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Tano A/S. 3. opplag.
- Martinsen, K. og Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2012) *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS.
- Merleau-Ponty, M. (1964) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag.
- Nordtvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Papathanassoglou, E.D.E; Mpouzika (2012) Interpersonal touch. Physiological effects in critical care. *Biological Research For Nursing* 14/4, 431-443.
- Playfare, C. (2010) Human relationships. An exploration of loneliness and touch. *British Journal of Nursing* 19/2.
- Rammeplan for intensivsykepleiutdanningen (2005)
www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/plan/2006/002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05_pdf (Søkt mai 2015)
- Shou, L; Egerod, I (2008) A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive and Critical Care Nursing* 24/3, 171-179.
- Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Van Dongen, E; Elema, R (2010) The art of touching; The culture of body work in nursing. *Anthropology & Medicine* 8:2-3, 149-162.
- Vetlesen, A. J (2010) Empati under press. *Sykepleien forskning* 2010/03.
- [Yrkesetiske retningslinjer \(2011\) https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler](https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler) (Søkt mai 2015)

Vedlegg 1: Intervjuspørsmål

Hvilke tanker har du om berøring? Kan du fortelle om en situasjon hvor berøring var en viktig del? Hva tenkte, følte, erfarte, kjente du da historien utspant seg? Hva gjorde at du iverksatte berøring? Hva fordret bruk av berøring? Hva gjorde berøringen med deg? Hva gjorde berøringen med pasienten? Hvorfor mener du at bruk av berøring ble bra/ikke bra i denne historien? Har din bruk av berøring endret seg over år som sykepleier? Etter at du tok videreutdanning? Bruker du berøring likt hos alle pasienter? Hva består evt. forskjellen i? Er det en bevisst handling du gjør? –Eller en ubevisst? Hvordan bruker du berøring når du tar imot en ny pasient? En nyopert? En pasient du har hatt ansvaret for i flere dager? Barn? Sedert/våken pasient? Utdypningsspørsmål: Det du sa om... var interessant; Kan du fortelle mer om det? Kan du utdype mer om..... Kan du beskrive...?

Vedlegg 2: Søknad til sykehuset

Mitt navn er Lise Sandnes. Jeg er utdannet intensivsykepleier og arbeider ved Nordlandssykehuset i Bodø. I tillegg holder jeg på med utdanningen Master i Klinisk Sykepleie ved Universitetet i Nordland. Jeg ønsker å rette oppmerksomheten på det man kaller Ikke-oppgaveorientert berøring eller Omsorgsberøring. Det vil si den bruk av berøring i utøvelsen av sykepleie som ikke er relatert til en prosedyre. For eksempel det å stryke en pasient på kinnet eller armen. Vi vet at slik berøring skjer, kanskje med hver eneste intensivsykepleier på hver eneste vakt. Men det er forsket lite på det i intensivsammenheng. Jeg har i mine søk i databaser ikke funnet at dette er sett på fra et intensivsykepleier-ståsted. Dette er et fenomen jeg ønsker å belyse. Som metode brukes kvalitative intervjuer av intensivsykepleiere. Det jeg vil forsøke å få frem er hva som gjør at en iverksetter slik berøring. Foreløpig tittel på oppgaven er: Berørthet og Berøring. Problemstillingen er: Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten? Jeg søker derfor nå ditt sykehus om lov til å intervju cirka 4 intensivsykepleiere i deres intensivavdeling. For å sikre at det er sykepleiere med lang erfaringsbakgrunn i jobben med kritisk syke pasienter, ønsker jeg at de jeg intervjuer skal ha minst fem års erfaring som intensivsykepleier. Jeg er takknemlig for hjelpen om du kan dele ut et informasjonsskriv til de som kan være aktuelle. De som vil delta signerer på et vedlagt samtykkeskjema som de igjen returnerer til deg. Jeg vil ta kontakt med deg for å få vite navn på deltakere. Intervjuene håper jeg å kunne foreta i avdelingen mens intensivsykepleieren er på jobb. Dette fordi tidligere erfaringer er at mange ikke ønsker å stille

opp på fritiden. Intervjuet vil pågå cirka en halv time, og det vil bli tatt opp på båndspiller. Både navnet på sykehuset, avdelingen og de som deltar i studien vil bli anonymisert slik at ingen skal kjenne seg igjen. Deltakelse i studien er frivillig og hver og en vil få lov til å trekke seg når det skulle være. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 22.12.2014.

Vedlegg 3: Søknad til enheten

Mitt navn er Lise Sandnes. Jeg er utdannet intensivsykepleier og arbeider ved Nordlandssykehuset i Bodø. I tillegg holder jeg på med utdanningen Master i Klinisk Sykepleie ved Universitetet i Nordland. Jeg ønsker å rette oppmerksomheten på det man kaller Ikke-oppgaveorientert berøring eller Omsorgsberøring. Det vil si den bruk av berøring i utøvelsen av sykepleie som ikke er relatert til en prosedyre. For eksempel det å stryke en pasient på kinn eller armen. Vi vet at slik berøring skjer, kanskje med hver eneste intensivsykepleier på hver eneste vakt. Men det er forsket lite på det i intensiv-sammenheng. Jeg har i mine søk i databaser ikke funnet at dette er sett på fra et intensivsykepleier-ståsted. Det er et fenomen jeg ønsker å belyse. Som metode ønsker jeg å bruke kvalitative intervjuer av intensivsykepleiere. Det jeg vil forsøke å få frem er hva som gjør at en iverksetter slik berøring. Foreløpig tittel på oppgaven er: Berørthet og Berøring. Problemstillingen er: Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre pasienten? Jeg søker derfor nå om lov til å intervju cirka 4 intensivsykepleiere i din avdeling. For å sikre at det er sykepleiere med lang erfaringsbakgrunn i jobben med kritisk syke pasienter, ønsker jeg at de jeg intervjuer skal ha minst fem års erfaring som intensivsykepleier. Jeg er takknemlig for hjelpen om du kan dele ut et informasjonsskriv til de som kan være aktuelle. De som vil delta signerer på et vedlagt samtykkeskjema som de igjen returnerer til deg. Jeg vil ta kontakt med deg for å få vite navn på deltakere. Intervjuene håper jeg å kunne foreta i avdelingen mens intensivsykepleieren er på jobb. Dette fordi tidligere erfaringer er at mange ikke ønsker å stille opp på fritiden. Intervjuet vil pågå cirka en halv time, og det vil bli tatt opp på båndspiller. Både navnet på sykehuset, avdelingen og de som deltar i studien vil bli anonymisert slik at ingen skal kjenne seg igjen. Deltakelse i studien er frivillig og hver og en vil få lov til å trekke seg når det skulle være. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 22.12.2014.

Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse

Bakgrunn og formål: Mitt navn er Lise Sandnes. Jeg er utdannet intensivsykepleier og arbeider ved Nordlandssykehuset i Bodø. I tillegg holder jeg på med utdanningen Master i Klinisk Sykepleie ved Universitetet i Nordland. Som ledd i denne utdanningen skal jeg skrive en vitenskapelig artikkel. Jeg ønsker å rette oppmerksomheten på det man kaller Ikke-oppgaveorientert berøring eller Omsorgsberøring. Det vil si den bruk av berøring i utøvelsen av sykepleie som ikke er relatert til en prosedyre. For eksempel det å stryke en pasient på kinnet eller armen. Vi vet at slik berøring skjer, kanskje med hver eneste intensivsykepleier på hver eneste vakt. Jeg har ved mine søk i databaser ikke funnet at dette er sett på fra et intensivsykepleier-ståsted. Dette er et fenomen jeg ønsker å belyse. Det jeg vil forsøke å få frem er hva som gjør at en iverksetter slik berøring. Forskningsspørsmålet er: Hva fordrer intensivsykepleieren til å berøre intensivpatienten? For å finne ut av dette skal jeg intervju cirka 8 intensivsykepleiere med minst fem års erfaring. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, av fagledelse ved ditt sykehus, og av din enhetsleder. Din enhetsleder har gitt dette skjema til de som kan være aktuelle for å være med i prosjektet, men vet ikke hvem av dere som blir med. Det gjøres intervjuer ved flere sykehus. **Hva innebærer deltakelse i studien?** Intervjuet blir fortrinnsvis utført i din avdeling mens du er på jobb. Det tar cirka en time. Spørsmålene vil omhandle din erfaring med og bruk av berøring. Det benyttes et kvalitativt intervju hvor det ikke forberedes så mange spørsmål, men hvor intervjusituasjonen blir mer som en samtale rundt temaet. Dette er et område som krever tid til ettertanke. Jeg vil derfor be om at du forbereder en kort historie fra din jobbhverdag hvor berøring var viktig. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil og skrives ut i etterkant av intervjuet. Det blir også tatt korte notater underveis i intervjuet. **Hva skjer med informasjonen om deg?** Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det blir ikke lagret noen opplysninger med ditt navn på, eller hvilket sykehus du tilhører. Det er kun undertegnede og veileder fra Universitetet som vil ha tilgang til lydfilene og det skriftlige materialet som skrives ut fra disse. Det skriftlige materialet som kommer ut fra intervjuene blir analysert og det vil komme konklusjoner som presenteres i en teoretisk oppgave og i en vitenskapelig artikkel. Det kan komme med direkte sitater fra intervjuene i en slik artikkel, men disse er anonymisert slik at de ikke skal kunne spores tilbake til deg. Den vitenskapelige artikkel sendes til et vitenskapelig tidsskrift, og kan bli publisert. Når oppgaven er godkjent, vil opptak fra intervjuet destrueres. **Frivillig deltakelse:** Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg fra deltakelse uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta, signerer du nederst

på dette arket og leverer til din enhetsleder, som igjen tar kontakt med meg. Dersom du har spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg! Lise Sandnes. Telefon: 416 54914. Mail: L.sandnes@me.com. Veileders navn: Sven Tore Dreyer Fredriksen ved Universitetet i Nordland. Mail: Sven-Tore.Dreyer.Fredriksen@uin.no. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. **Samtykke til deltakelse i studien:** Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta: (signering og dato)

Vedlegg 5: Godkjenning fra norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste as

Sven-Tore Dreyer Fredriksen. Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland
Postboks 1490. 8049 BODØ Vår dato: 22.12.2014 Vår ref: 41164 / 3 / LT Deres dato: Deres ref:
TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet. Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven. Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang. Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet. Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>. Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.
Vennlig hilsen Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77. Vedlegg: Prosjektvurdering 41164 *Berørthet og berøring*
Behandlingsansvarlig Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Sven-Tore Dreyer Fredriksen. Student Lise Sandnes
Katrine Utaaker Segadal. Lis Tenold. Kopi: Lise Sandnes lise.sandnes@outlook.com
Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering – Kommentar. Prosjektnr: 41164

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men det må også tilføyes dato for prosjektslutt, her 31.12.2016. Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes. Personvernombudet legger til grunn at det ikke samles inn og registreres opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, her ment pasienter. Vi minner her om sykepleierens taushetsplikt. Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig. Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel). - slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn). - slette lydopptak