

**«De betydningsfulle sekundene – berøringens magi»**

**«Hvordan kan operasjonssykepleieren anvende berøring for å ivareta operasjonspasienten i et høyteknologisk miljø?»**



**HØGSKOLEN I VESTFOLD OG BUSKERUD –**Fakultet for helsevitenskap

*Videreutdanning i operasjonssykepleie*

**Emne/fagkode: VO-FDP8300**

**Sarah Jøreng, Linda Myreng og Annichen Smith**

**Februar/2015**

**Sammendrag**

**Tittel: «**De betydningsfulle sekundene – berøringens magi.»

**Problemstilling: «**Hvordan kan operasjonssykepleieren anvende berøring for å ivareta operasjonspasienten i et høyteknologisk miljø?»

**Formål:** Hensikten med oppgaven er en bevisstgjøring i forhold til hvordan man kan anvende berøring som verktøy i et høyteknologisk miljø.

**Valg av metode:** Oppgaven er en litteraturstudie.

**Oppgaven ser på:** Oppgaven belyser hvilke faktorer som har innvirkning på hvordan berøring kan oppleves for operasjonspasienten. Videre vil vi se på hvordan operasjonssykepleieren kan bruke sitt faglige skjønn i anvendelsen av berøring på operasjonsavdelingen.

**Nøkkelord:** Berøring, operasjonspasient, ivareta, omsorg, relasjon, høyteknologisk miljø.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning 1

1.1 Bakgrunn for valg av tema 1

1.2 Presentasjon av problemstilling 2

1.3 Avgrensning og presisering 3

1.4 Hensikt med oppgaven 4

1.5 Avklaring av begreper 4

1.5.1 Berøring 4

1.5.2 Operasjonspasienten 4

1.5.3 Operasjonssykepleieren 5

1.5.4 Et høyteknologisk miljø 5

1.5.5 Ivareta 5

1.6 Oppgavens disposisjon 5

2.0 Metodisk tilnærming 7

2.1 Hva er metode? 7

2.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt 7

2.2.1 Fenomenologi 7

2.2.2 Hermeneutikk 8

2.3 Litteratursøk 8

2.4 Kildekritikk 9

2.5 Metodekritikk 9

2.6 Vår forforståelse 10

2.7 Presentasjons av forskningsartikler 10

3.0 Teoretisk rammeverk 12

3.1 Operasjonssykepleierens myndighets- og funksjonsområde 12

3.1.1 Operasjonssykepleierens behandlende funksjon 12

3.1.2 Operasjonssykepleierens lindrende funksjon 13

3.3 Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer 13

3.4 Høyteknologisk miljø 14

3.5 Operasjonspasienten 14

3.5.1 Kirurgisk stressrespons 15

3.6 Kropp 15

3.6.1 Ulike syn på kropp gjennom tidene 15

3.7 Berøring 16

3.7.1 Hva er berøring? 17

3.7.2 Ulike former for berøring 17

3.7.3 Hva gjør berøring? 18

3.6.2 Berøring og kjønn 19

3.8 Kari Martinsen og Knud Ejler Løgstrup 20

3.8.1 Kari Martinsens syn på omsorg 21

3.8.3 Løgstrup og urørlighetssonen 22

4.0 Diskusjon 23

4.1 Møte mellom operasjonssykepleieren og operasjonspasienten 23

4.2 Berøringens ”magi” 25

4.2 Hendenes visdom 26

4.4 Balansekunstneren 27

4.5 Kappløp med tiden 30

5.0 Avslutning 32

6.0 Litteraturliste 34

**Antall ord i oppgaven: 8948**

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*«Pasienten trilles inn på stue 8. Hun ser rolig og blid ut, og jeg opplever henne som klar for operasjonen hun skal gjennom. Anestesisykepleieren og pasienten småprater mens ledninger kobles til overvåkingsapparatur. Pasienten er i midten av 40 årene og har et mykt og avslappet ansiktsuttrykk. Første del av Trygg kirurgi prosedyren gjennomgås. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren er allerede ikledt steril frakk og hansker, og legger de kirurgiske instrumentene til rette på assistansebordet. Anestesipersonalet vender seg et øyeblikk bort fra pasienten mens de diskuterer seg imellom. I dag er min rolle å være koordinerende operasjonssykepleier. Jeg går bort til pasienten og stryker henne lett over armen med hånden min. I det jeg berører henne, griper hun hånden min med et fast grep. Jeg møter blikket hennes og ser at ansiktet endrer seg. Tårene hennes begynner å trille, pannen rynker seg, og i løpet av få sekunder tolker jeg hennes ordløse budskap; «Hold meg i hånden, ikke gå fra meg!». Alt dette skjer på få sekunder. Ingen ord blir sagt. Et sterkt møte mellom to mennesker, et øyeblikk utløst av berøring.»*

Vår tittel «De betydningsfulle sekundene – berøringens magi», beskriver tidsperspektivet. Berøring tar liten tid og kan være av stor betydning for pasienten. Det som er en daglig rutine for operasjonssykepleieren kan være en helt spesiell opplevelse for pasienten. Operasjonsdagen er ofte en dag som vil huskes (Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

Gjennom både personlige erfaringer og yrkeserfaringer, har vi sett og opplevd betydningen av berøring i stressituasjoner. Vi har selv opplevd å bli berørt av omsorgsfulle hender som pasient, og denne opplevelsen har festet seg i minnet for alltid. Dette har vært med på å påvirke vår egen refleksjon om hvordan vi anvender våre hender som redskap for omsorg i yrkessammenheng. Ifølge Moesmand & Kjøllesdal oppleves det å være operasjonspasient stressfylt (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Gjennom å belyse teori og tidligere forskning på feltet, ønsker vi derfor å undersøke om berøring kan være et nyttig redskap i vårt møte med operasjonspasienten. Videre vil vi se på hvorvidt berøring kan påvirke pasienten fysiologisk og psykologisk.

Finn Nordtvedt skrev essayet ”Når sykepleien redder liv” i tidsskriftet ”Sykepleien” (2014). Han beskriver hvordan berøring var avgjørende for hans overlevelse da han var kritisk syk. Dette gjorde oss nysgjerrige på hvordan berøring kan anvendes i egen utøvelse av operasjonssykepleie.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Som sykepleiere under videreutdanning i operasjonssykepleie opplevde vi det som en stor overgang å komme inn bak de lukkede dørene, inn i det høyteknologiske miljøet. Med nye øyne reflekterte vi over hvordan vi kunne gi helhetlig omsorg og sykepleie til operasjonspasienten. Vi ønsket å se om berøring som en del av behandlingen var anvendbart i et miljø med høye krav til effektivitet. Dette ble bakgrunnen for følgende problemstilling:

*«Hvordan kan operasjonssykepleieren anvende berøring for å ivareta operasjonspasienten i et høyteknologisk miljø?»*

Problemstillingen inkluderer også andre spørsmål som løftes frem og drøftes. Som tidligere nevnt er det et spørsmål om berøring vil være gjennomførbart i en hverdag basert på krav om høy effektivitet. I tillegg er det etiske utfordringer, for eksempel hvor grensene går for pasientens intimsoner i en operasjonskontekst. Her kan vi som operasjonssykepleiere stå i fare for å krenke pasientens integritet ved å gå inn i intimsfæren. Disse grensene kan være avhengig av alder, kjønn, sykdom og ulike kulturer. I tillegg stiller vi spørsmål ved om berøring faktisk er en form for å vise omsorg. Disse problemstillingene vil vi se nærmere på i drøftingskapittelet.

## 1.3 Avgrensning og presisering

Oppgavens hensikt er å belyse fenomenet berøring. Med dette menes berøring anvendt i terapeutisk hensikt. Begrepet terapeutisk berøring, som i litteraturen blir beskrevet som ”healing” og håndspåleggelse med et kurativt mål (Ramnarine-Singh, 1999), vil derimot ikke bli diskutert i oppgaven. Oppgaven vil bli begrenset til å omhandle taktil berøring (Ertner, 2014). Taktil berøring defineres som en ”planlagt handling for bevisst stimulering av huden som organ og sanseorgan…” (Ertner, 2014, s.139). Denne definisjonen er i overensstemmelse med slik vi tenker berøring brukt på operasjonsstuen.

Utøvelsen av berøring avgrenses til først og fremst å gjelde den elektive pasienten i den perioperative fasen. Denne fasen omfatter den tiden pasienten oppholder seg på operasjonsavdelingen. Formålet med berøringen vil være å skape tillit mellom operasjonssykepleier og pasient i en tidlig fase ved mottak i operasjonsavdelingen. Vår erfaring tilsier at i øyeblikkelig hjelp situasjoner har vi begrenset tid i møtet med pasienten. Da kan berøring muligens være et viktig verktøy i en akutt og kaotisk situasjon for pasienten, fordi dette kan gi en opplevelse av trygghet (Kringlen, 2011).

I vårt arbeid møter vi pasienter med ulik alder, kjønn og fra forskjellige kulturer. Ifølge Nissen kan pasienter fra andre kulturer ha et annet forhold til nærhet og berøring enn etnisk norske (Nissen, 2008). Dette kan by på spesielle utfordringer og dilemmaer. I tillegg vil alder kunne ha betydning. Det kan for eksempel være naturlig å berøre et barn mer enn en voksen. Vi har derfor valgt å avgrense pasientgruppen til å gjelde etnisk norske, voksne pasienter.

Operasjonssykepleierne er en viktig del av det kirurgiske teamet sammen med kirurger, anestesisykepleier og anestesilege. Alle i det kirurgisk teamet har en viktig rolle overfor pasienten. I oppgaven vil vårt fokus likevel være relasjonen mellom operasjonspasient og operasjonssykepleier.

Berøringen brukes som regel i kombinasjon med verbal kommunikasjon og forsterker ofte budskapet som formidles. På grunn av oppgavens omfang blir ikke verbal kommunikasjon diskutert.

## 1.4 Hensikt med oppgaven

Vårt ønske er at fordypningsoppgaven skal inspirere og engasjere leseren, samt bidra til å utfordre det vante tankemønsteret.

Oppgavens intensjon er å bevisstgjøre leseren, våre medarbeidere og oss selv om betydningen av å bruke berøring terapeutisk. Håpet er å øke kunnskapen om berøring som fenomen, og ikke minst hvordan vi kan anvende dette i vår hverdag som operasjonssykepleiere.

Det forutsettes at leseren har kunnskaper om grunnleggende begreper innenfor sykepleie i denne oppgaven.

## 1.5 Avklaring av begreper

Her beskrives følgende begreper; Berøring, operasjonspasienten, operasjonssykepleieren, et høyteknologisk miljø og ivareta. Disse begrepene vil også bli utdypet nærmere i teorikapittelet.

### 1.5.1 Berøring

Slik berøring omtales i denne oppgaven, utføres den med myke, faste, rolige hender. En jevn kontakt utføres direkte mot huden. Hele håndflaten benyttes som kontaktpunkt for å stimulere flest mulig sanseceller. Målet er å skape størst mulig kontaktflate i samspillet mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient (Ertner, 2014).

### 1.5.2 Operasjonspasienten

Moesmand & Kjøllesdal definerer operasjonspasienten på denne måten: ”pasienter som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå undersøkelser og behandling som medfører at de midlertidig mister/fratas kontroll over egen situasjon. Dette vil oftest gjelde pasienter som gjennomgår et kirurgisk inngrep” (Moesmand & Kjøllesdal, 2011, s.208).

### 1.5.3 Operasjonssykepleieren

Operasjonssykepleie er et spesialområde innenfor sykepleien, med videreutdanning over 3 semestre med 90 studiepoeng. Operasjonssykepleieren har inngående fagkunnskap innenfor blant annet kirurgi, operasjonstekniske prinsipper, hygiene og avansert medisinskteknisk utstyr (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Videre har operasjonssykepleieren kunnskap relatert til akutt og/eller kritisk syke pasienter, samt samhandling i det kirurgiske teamet (Høgskolen i Vestfold(HIVE), 2014).

### 1.5.4 Et høyteknologisk miljø

Ordet teknologi er gresk og satt sammen av ordene *techne* og *logos*. Techne betyr kunst eller håndverksferdigheter og logos betyr lære (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). ”Med teknologi menes ikke bare anvendelse av utstyr og apparatur. Begrepet omfatter også legemidler og andre behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, pleie og forebyggende metoder” (NOU 1997:18, 1997, s.106). Et høyteknologisk miljø forståes derfor i denne oppgaven som et miljø der teknologi er mye brukt, som på operasjonsavdelingen.

### 1.5.5 Ivareta

Ordet ivareta betyr å ta vare på og ta hånd om (Landfald & Paulssen, 2006). Ivareta er synonymt med ordene beskytte, bevare, verne og trygge (Med andre ord: Den store synonymordboka med omsetjingar til nynorsk, 2007). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere omfatter begrepet ivareta flere elementer, både pasientens rett til helhetlig omsorg, rett til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund(NSF), 2011). Ivaretagelse innebærer slik vi ser det, en helhetlig omsorg for pasienten.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i fem hovedkapitler, som videre er delt inn i underkapitler. Første kapittel beskriver bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling og avklaring av begreper. Kapittel to presenterer metoden som vi har anvendt. Kapittel tre tar for seg det teoretiske rammeverket som drøftingen er basert på. I kapittel fire drøftes ulike aspekter i forhold til problemstillingen, sett i lys av litteraturen som beskrevet i teorikapittelet. Deretter kommer avslutningen. Her reflekterer vi over kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom skriveprosessen, samt hvordan vi kan anvende kunnskapen videre. Til slutt følger en oversikt over litteraturen vi har benyttet underveis.

# 2.0 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet presenteres valgt metode og vitenskapsteoretisk utgangspunkt. Vi drøfter deretter andre metoder som også kunne vært anvendt for å belyse problemstillingene.

## 2.1 Hva er metode?

En vitenskapelig metode er ifølge Rienecker & Jørgensen ”en systematisk framgangsmåte som kan eksplisitteres slik at leseren har mulighet til å følge (gjenta) undersøkelsen og nå fram til samme resultat på de premissene som er beskrevet” (Rienecker & Jørgensen, 2012, s. 259).

I denne oppgaven er litteraturstudium anvendt som metode. Det vil si gjennomgang av fag- og pensumlitteratur samt forskningsartikler som omhandler det aktuelle temaet i problemstillingen (Dalland, 2012).

## 2.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Med vitenskapsteori menes den undersøkende virksomheten som binder sammen teori og metode (Rienecker & Jørgensen, 2012). I denne oppgaven har vi gjennomgått faglitteratur og forskning av kvalitativ karakter for å beskrive fenomenet berøring. Problemstillingen vil belyses fra ulike perspektiver og nyanser. Formålet er å finne frem til en rikest mulig beskrivelse av fenomenet berøring. Kvalitative forskningsmetoder streber etter å beskrive egenskaper eller kvaliteter ved et fenomen, i motsetning til kvantitative forskningsmetoder som bygger på numeriske data, for eksempel statistikk (Malterud, 2003).

### 2.2.1 Fenomenologi

Fenomenologisk tilnærming betyr læren om fenomener, og beskrivelser av menneskelige erfaringer. Målet er å undersøke hvordan fenomener oppleves av de involverte parter (Malterud, 2003). Oppgaven vil belyse berøring som fenomen, både med fokus på operasjonssykepleieren og operasjonspasienten. Hvordan det kan benyttes som verktøy for operasjonssykepleieren og hvordan en kan tenke seg at berøringen oppfattes av operasjonspasienten.

### 2.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk betyr å tolke ulike tekster og fenomener, for så å beskrive disse. Hermeneutikken er en humanistisk vitenskap som tar sikte på å fortolke menneskelige uttrykk (Malterud, 2003). Prosessen der fenomenene blir tolket kalles den hermeneutiske spiral. Uttrykket beskriver tolkningsprosessen som et kontinuerlig arbeid, der man utvider forståelsen for hver gang man tolker dataene (Dalland, 2012).

## 2.3 Litteratursøk

Vi har anvendt relevant pensumlitteratur for å belyse problemstillingen vår. I tillegg har vi gjort et litteratursøk for å finne faglitteratur og forskning for å besvare problemstillingen. Databasene vi har anvendt er Pubmed og Swemed. Dette er databaser som inneholder medisinsk forskning. Videre har vi søkt i CINAHL, som er en sykepleiefaglig database. I tillegg har vi benyttet høyskolens egne databaser: Oria og Bibsys. Søkeordene vi har benyttet er: Operating room nurse, operating theatre nurse, high-tech environment, perioperative care, touch, therapeutic touch, nursing care, nursing studies, berøring, terapeutisk berøring, sykepleie, operasjonssykepleie og høyteknologisk miljø.

Vi har benyttet Pico-skjema under våre søk (problem, intervention, comparison, outcome). Dette er et skjema for å søke systematisk i forhold til en problemstilling.

Vi har vurdert artiklene ut fra sjekklister for vurdering av forskningsartikler. De er funnet på <http://www.kunnskapssenteret.no>. Dette er et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Artiklene har en IMRoD-struktur, som er en mal for hvordan en vitenskapelig artikkel er bygget opp. Den består av innledning, metode, resultater og diskusjon eller drøfting (Dysthe, Hertzberg & Hoel, 2010).

## 2.4 Kildekritikk

Etter å ha utført søkene som beskrevet over, ble det klart at det fantes lite forskning på bruk av bevisst berøring på operasjonsstuen. Årsaken kan være at temaet har fått lite oppmerksomhet i fagmiljøet. Det ble derimot funnet forskning på temaet berøring til gruppene spedbarn og eldre. I tillegg fant vi aktuell litteratur innenfor fagområdene fysioterapi, psykiatri og somatikk. Vi tenker at dette er overførbart til den voksne operasjonspasienten da berøring er en mellommenneskelig handling, som ikke uten videre er situasjonsbetinget. Vi fant mer relevant litteratur i bøker enn i forskningsartikler.

Mye av fag- og forskningslitteraturen vi fant om temaet var av eldre dato, nærmere bestemt 15-20 år tilbake i tid. Etter nøye vurdering ble litteraturen likevel inkludert i oppgaven, fordi berøring som fenomen ikke har endret seg over tid.

To av artiklene vi har benyttet er internasjonal forskning og er engelskspråklige. Dette kan ha påvirket vår analyse og tolkning. Den vestlige kulturen har en del fellestrekk, så med noen forbehold kan funnene allikevel være relevante.

## 2.5 Metodekritikk

På bakgrunn av oppgavens begrensede tidsrammer samt etiske begrensninger, er en litteraturstudie en relevant metode for å kartlegge hva tidligere forskning og teori sier om betydningen av berøring for operasjonspasienten. Problemstillingene kunne også ha blitt belyst gjennom en kvalitativ forskningsstudie. En observasjonsstudie ville hatt potensiale til å beskrive pasientens opplevelse av berøring i et høyteknologiske miljø. Observasjonsstudie er en studie der man som deltagende observatør kan få førstehåndskunnskap om pasienters virkelighet og opplevelse (Fangen, 2010). En annen kvalitativ metode som kunne vært aktuelt, ville være å intervjue pasientene. Ifølge Kvale & Brinkmann, er intervju ”en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge” (Kvale & Brinkmann, 2009, s.22). Det kunne også være interessant å intervjue operasjonssykepleiere om hvordan de benytter berøring som verktøy på operasjonsstuen, og hvordan de opplever pasientens reaksjoner.

## 2.6 Vår forforståelse

Forforståelse består ifølge lege og forsker Kirsti Malterud, av de erfaringer, hypoteser og faglige perspektiver vi har med oss i begynnelsen av prosjektet (Malterud, 2003). I starten av denne fordypningsoppgaven hadde vi en formening om at det å bli berørt har en positiv betydning for operasjonspasienten. Vi trodde det kunne bidra til at pasienten følte seg sett som et helt menneske, og at dette kunne bidra til at fysiologiske og psykologiske behov ble dekket. Vårt håp var at pasienten ville føle seg bedre ivaretatt, trygg, samt opplevde å bli respektert. Vi trodde berøring kunne være med på å redusere stress hos operasjonspasienten.

Pasienten ankommer operasjonsavdelingen, liggende i en seng, avkledd og eksponert. Vår formening var at det ville ha en positiv effekt for operasjonspasienten hvis vi anvendte berøring. Videre trodde vi det var av betydning for hvordan vi berørte pasientens sovende kropp.

I en travel hverdag hvor kravet til effektivitet er høyt, trodde vi berøring ville vært gjennomførbart.

## 2.7 Presentasjons av forskningsartikler

”Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet – patienter berättar” er en artikkel skrevet av Ellen Borch (sykepleier og lærer) og Charlotte Hillervik (universitetslektor). Den ble publisert i det svenske tidsskriftet ”Vård i Norden”, med utgivelse i 2005. Artikkelen er en kvalitativ studie med pasientintervjuer. Studiens mål er å belyse pasientens opplevelse av det å bli berørt av personalet i en pleiesituasjon. Studien inkluderer 8 voksne pasienter, der tre var kvinner og fem var menn. Den har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, inspirert av Ricoeurs filosofi. Forskerne konkluderer med at berøring i pleiesituasjoner kan oppleves både som noe positivt og som noe mindre positiv. Videre viste den at berøringen bidrar til å øke kvaliteten på omsorgen og at berøringen må tilpasses hver enkelt pasients behov og at personale må være lydhør overfor pasientens signaler.

”Physical touch in nursing studies: A litterature review” er skrevet av Pirkko Routasalo, sykepleier og lektor fra Finland. Artikkelen er publisert i 1999 i ”Journal of Advanced Nursing. Dette er en litteraturstudie, som konkluderer med at berøring er en integrert del av menneskelig adferd, samt at berøring virker beroligende og trygghetsskapende.

”The Surgical Significance of Therapetic Touch” er skrevet av Susan Ramnarine-Singh, professor i sykepleie. Artikkelen er publisert i AORN Journal i 1999. Artikkelen er en litteraturstudie. Ramnarine-Singh konkluderer i studien at terapeutisk berøring i den perioperative fasen reduserer pasientens kirurgiske stressfaktorer som angst og smerte. Videre påpeker Ramnarine-Singh at det må forskes mer for å se effekten av terapeutisk berøring både fysiologisk og psykologisk.

”Berøring er så mangt” er en Masteroppgave skrevet av Eli Johannessen i 1998. Studien har gjennomført kvalitative forskningsintervjuer av ni sykepleiere på et somatisk sykehus for å se på deres erfaringer og opplevelser ved bruk av berøring. Det konkluderes med at berøring oppleves som en viktig og nødvendig del av omsorgen til pasienten, sett fra en sykepleiers perspektiv.

# 3.0 Teoretisk rammeverk

Oppgaven vil i hovedsak belyses ut ifra sykepleier og filosof Kari Martinsen og fenomenologen Knud Ejler Løgstrup sine teorier. Martinsens syn på menneskelige relasjoner og omsorg, som har forankring i Løgstrups livsytringer, underbygger vårt syn på relasjonen mennesker imellom. Først beskrives operasjonssykepleierens myndighets- og funksjonsområder, før vi belyser etiske prinsipper. Deretter omtales et høyteknologisk miljø, operasjonspasienten, kropp og berøring. Avslutningsvis presenterer vi Kari Martinsen og Knud Ejler Løgstrup.

##  3.1 Operasjonssykepleierens myndighets- og funksjonsområde

Operasjonssykepleierne har myndighet over egen funksjon, det vil si ansvar for egen yrkesutøvelse (Dåvøy, Eide & Hansen, 2009). Kravet til kunnskap og kompetanse er stort, og faget er under stadig utvikling ettersom teknologien utvikles (Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere(NSFLOS), 2014). I loven om helsepersonell §4 står det: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven §4, 2011). Det er nedfelt i loven at helsepersonell har plikt til å arbeide forsvarlig og at arbeidet må utføres på en omsorgsfull måte. Operasjonssykepleierens myndighets- og funksjonsområde innebefatter den forebyggende, rehabiliterende, behandlende og den lindrende funksjon (Dåvøy et al., 2009). I denne oppgaven vil den behandlende og den lindrende funksjonen vektlegges.

### 3.1.1 Operasjonssykepleierens behandlende funksjon

Denne funksjonen beskriver de tiltak operasjonssykepleieren utfører for å kompensere for operasjonspasientens manglende egenomsorg på operasjonsstuen. Gjennom sine erfaringer og sin kunnskap vil operasjonssykepleieren gjøre vurderinger og handle bevisst, ut fra et ønske om å handle til beste for pasienten. (Dåvøy et al., 2009). Operasjonspasienten er i en særegen situasjon og det stilles store krav til operasjonssykepleierens evne til å etablere kontakt, samt å yte omsorg. Dette krever en forståelse for pasientens situasjon (NSFLOS, 2014).

### 3.1.2 Operasjonssykepleierens lindrende funksjon

Den lindrende funksjonen fokuserer på å begrense omfanget av de belastninger operasjonspasienten opplever i det perioperative forløpet. Operasjonssykepleieren bør samhandle med pasienten og ta utgangspunkt i dennes opplevelse av situasjonen (NSFLOS, 2014). Gjennom denne funksjonen kan operasjonssykepleieren redusere pasientens opplevelse av stress, samt styrke pasientens evne til egenomsorg. Dette vil kunne bidra til å skape trygghet for operasjonspasienten (Dåvøy et al., 2009).

## 3.3 Etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer

I 1978 lanserte den amerikanske filosofen Tom Beauchamp og psykiateren James Childress fire prinsipper for medisinsk etikk. Dette er et etisk rammeverk som bør anvendes i vanskelige situasjoner i en klinisk hverdag. Prinsippene er: Velgjørenhet, ikke-skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2012).

”Velgjørenhet er en aktiv handling i den hensikt å gjøre godt . Aktiviteten kan bestå i å hindre skade og fremme det gode. ”(Natvig, 2000, s131). Vår oppgave som operasjonssykepleiere er å gjøre vel mot pasientene, redde liv, fremme helse og lindre smerte (NSFLOS, 2014).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er bygget på disse grunnleggende etiske prinsippene. I retningslinjene heter det at: ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2011, s.7). Sykepleie bør utføres med respekt og omsorg, og baseres på barmhjertighetsprinsippet (NSF, 2011).

Omsorg bør fremme helse og forebygge sykdom og lidelse. Målet er at pasienten opplever mestring, håp og livsmot. I møte mellom pasient og sykepleier skal pasientens integritet og verdighet ivaretas. Omsorgen bør være preget av et helhetlig menneskesyn, der pasientens rett til medbestemmelse er til stede.

Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasientens verdighet og sikkerhet opprettholdes i møte med et høyteknologisk miljø, som er under stadig utvikling (NSF, 2011).

## 3.4 Høyteknologisk miljø

En operasjonsstue inneholder mye teknisk utstyr; Operasjonslamper, instrumentbord og ulike medisinsk-tekniske apparater (Dåvøy et al., 2009). Dette er et miljø fylt av ukjent, kaldt og fremmed utstyr som kan oppleves som skremmende, fremmed og forsterke belastningen for operasjonspasienten. Dette er en avdeling hvor avansert teknologisk utstyr blir brukt som tilbyr behandling som kun er mulig å gjennomføre med dette utstyret. Begrepet høyteknologi refererer til hyppig bruk av avansert utstyr, og til den kunnskap og erfaring som benyttes i bruken av det (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Moesmand og Kjøllesdal beskriver teknologi slik: ”teknologi har noe med den praktiske virkeligheten og gjøre. Det er kunnskap omsatt til praktiske formål. Det inkluderer teknikk, kunnskap, organisasjon og produkt” (Moesmand & Kjøllesdal, 2011, s.103). De hevder at teknologi også omfatter praktiske ferdigheter, vitenskapelig kunnskap, bruk av prosedyrer, samt forebyggende tiltak.

## 3.5 Operasjonspasienten

Moesmand & Kjøllesdal omtaler operasjonspasienten som akutt og kritisk syk. Ifølge NSFLOS kan operasjonspasienten befinne seg i en svært sårbar situasjon (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Møte med sykdom og plager, som andre mennesker skal ta del i, kan være en stor utfordring (NSFLOS, 2014). Det kunne være krevende å ivareta operasjonspasientens psykososiale behov. Dette på bakgrunn både av det fremmede og høyteknologiske miljøet pasienten blir satt i, men også på grunn av møte med ukjent fagpersonell. En slik situasjon kan for mange operasjonspasienter oppleves som belastende og stressende. Det å være operasjonspasient er ofte knyttet til opplevelsen av å miste kontrollen, som videre kan skape en følelse av utrygghet hos pasienten (Dåvøy et al., 2009; Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

### 3.5.1 Kirurgisk stressrespons

Operasjonspasienten kan oppleve stress både av fysisk og psykisk karakter. De kan oppleve en følelse av maktesløshet og tap av kontroll. Disse faktorene påvirker hverandre og kan skape en uhensiktsmessig stressrespons hos operasjonspasienten (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Denne responsen kjennetegnes ved at stresshormonene adrenalin og noradrenalin utskilles. Det medfører raskere puls, økt hjerteminuttvolum, stigende blodtrykk og dypere respirasjon (Nissen, 2008). Produksjon av kortisol øker og i tillegg stiger utskillelsen av ADH og aldosteron. En slik kirurgisk stressrespons vil kunne gi operasjonspasienten svekket motstandskraft i situasjoner hvor fysiologisk stress kan gjøre seg gjeldende (Dåvøy et al., 2009).

## 3.6 Kropp

Gunn Engelsrud, født i 1951, er fysioterapeut og professor i helsefagvitenskap. Hun hevder kroppen er en forutsetning for livet, og livet er i kroppen. Den er i konstant bevegelse, hjerte slår og kroppen har sin egen rytme. Kroppen er i stadig endring og utvikling, fra fødsel til død (Engelsrud, 2006).

### 3.6.1 Ulike syn på kropp gjennom tidene

Synet på kroppen som fenomen har endret seg gjennom tidene. Den franske filosofen Descartes’ (1596-1650) syn på kropp og sjel som to forskjellige substanser preget den dualistiske teorien. Ifølge denne teorien ble kroppen sett på som et ”instrument ”og fikk status som et objekt (Engelsrud, 2006). Engelsrud hevder videre at et slikt instrumentelt syn kan bidra til at helsepersonell kan få et mekanisk forhold til menneskers kropp. Denne holdningen kan være bevisst eller ubevisst. Dette er et syn vi ønsker å drøfte nærmere i forhold til berøring av operasjonspasientens kropp (Engelsrud, 2006).

Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908- 1961) blir ofte omtalt som ”kroppens filosof ”. Han var en av de første på denne tiden som fikk gehør for sine holistiske tanker og teorier rundt fenomenet kropp. Hans fenomenologiske tilnærming har hatt stor innvirkning på vitenskap, kunst, politikk og historie. Et av Merleau-Pontys hovedbegreper var ”den levde kroppen”. ”Han hevder at erfaringene våre ved å eksistere i verden er noe mennesket først og fremst har, gjør og er som kropp. Kroppen er subjektiv, intersubjektiv, grunnleggende eksistensiell og personlig erfarende” (Engelsrud, 2006, s. 30). Filosofen bruker begrepet ”levd”. I denne konteksten menes det at livet vi lever uttrykkes gjennom kroppen vår (Engelsrud, 2006).

En dialektisk forståelse av kropp, i motsetning til et dualistisk syn, innebærer at fenomener bestemmes gjennom forholdet til hverandre. Det vil si hvordan ”vi retter oss ut mot verden og andre, samtidig som vi retter oss etter det vi opplever i møte med andre” (Engelsrud, 2006, s.31). Slik vi forstår Engelsrud, mener hun her hvordan mennesker danner relasjoner til hverandre og verden.

Den dag i dag ser vi at den moderne medisinen fortsatt kan preges av et dualistisk syn på mennesket. Kropp og sjel blir fortsatt behandlet som to separate deler (Engelsrud, 2006).

Dagens syn på kropp handler ofte om hvordan kroppen skal og bør se ut. Kroppen har på mange måter blitt et symbol på sosial status og vellykkethet. Den har blitt et investeringsobjekt, og for stadig flere et tegn på det perfekte. Media og kulturelle idealer styrer i stor grad dagens syn på kropp (Engelsrud, 2006). Dette kan stå i sterk kontrast med den syke og ”ødelagte” kroppen til operasjonspasienten

## 3.7 Berøring

Følesansen er den første sansen som utvikles i fosterlivet og den siste som forlater oss ved livets slutt. Berøring er en selvstendig handling som ikke trenger ord. Positiv berøring er et grunnleggende behov, for spedbarnet er det like viktig å bli berørt, som ernæring (Paulsen, 2013).

### 3.7.1 Hva er berøring?

Berøring er en bevisst, planlagt handling som har som mål å redusere pasientens plager (Torgrimsen, 1998). Lene Dieserud Ertner er terapeut, forfatter og foredragsholder innenfor fagområdet berøring som kommunikasjon og behandling. Hun beskriver berøring som: ”nonverbal, ikke-språklig, uttrykks- og kommunikasjonsform. Berøring er dessuten en viktig del i førspråklig kommunikasjon oss mennesker imellom” (Ertner, 2014, s. 27). Fysisk berøring er en av våre mest grunnleggende måter å samhandle på, og våre tanker og følelser kan formidles gjennom berøring (Autton, 1990). Berøring er i følge Fyrand, selve forutsetningen for nærhet og grunnlaget i alle sosiale relasjoner (Fyrand, 2002).

### 3.7.2 Ulike former for berøring

Inndelingen Ertner bruker, skiller mellom selvberøring og berøring i kontakt med omgivelsene omkring oss. Selvberøring vil ikke bli omtalt i denne oppgaven, da vi ikke oppfatter det som relevant i denne sammenhengen.

Berøringskontakt som har med omgivelsene våre å gjøre, kan deretter inndeles i funksjonell berøring, ekspressiv berøring og berøring som bevisst stimulering. Disse finner sted i omsorg og lindring. I alle disse tre formene for berøring er det alltid to parter. Det er en mottaker og en utøver av berøringen (Ertner, 2014).

De tre formene for berøring som omhandler vår kontakt med omverdenen vil kort presenteres nedenfor.



Figur 1.1. Ertners tre former for berøring. Fritt gjengitt fra boken ”Berøring; I omsorg og lindring”, av Lene Dieserud Ertner, 2014, s.54.

**Funksjonell berøring** blir omtalt av Autton som aktiv berøring (Autton, 1990). Den har som mål å løse handlingssituasjoner. For eksempel utføring av personlig hygiene, ulike prosedyrer og lignende handlinger (Ertner, 2014).

**Ekspressiv berøring** er preget av spontanitet og følelser. Den har som mål å formidle følelser og ikke konkrete handlinger. Autton omtaler også denne formen for berøring som aktiv berøring. Målet vil være å formidle noe som gagner den andre (Autton, 1990).

**Bevisst stimulering** er en form for bevisst, målrettet fysisk kontakt som har en eksakt intensjon. Denne formen for berøring utøves når man observerer et utilfredsstilt behov for nærhet og fysisk kontakt hos en pasient (Ertner, 2014).

### 3.7.3 Hva gjør berøring?

Huden er utstyrt med sanseceller. Kontakten med verden formidles gjennom disse. Huden har sensoriske reseptorer som registrerer temperatur, trykk, smerte og berøring (Ertner, 2014). Noen områder på kroppen er mer følsomme for stimuli enn andre, for eksempel er huden på fingertuppene utstyrt med flere overlappende taktile sanseceller enn på ryggen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2014). Kroppen skiller ut nevrotransmittere og hormoner ved berøring. Dopamin og oxytocin er stoffer som utskilles ved berøring, disse stoffene kan gi en følelse av glede og kan bidra til å påvirke våre relasjoner til andre (Nissen, 2008). Oxytocin senker puls, blodtrykk og reduserer virkningen av stresshormonet kortisol. Dette hormonet påvirker immunforsvaret, vekst og smertetoleransen. I tillegg er oxytocin ofte beskrevet som nærhetens hormon på grunn av dets evne til å skape, vedlikeholde og forsterke mellommenneskelige relasjoner (Ertner, 2014).

Ifølge Fyrand er alle avhengige av å berøre og bli berørt. Gjennom hele livet er berøring en forutsetning for å finne vår plass i fellesskapet. Det forklarer vårt behov for den kroppslige og åndelige nærhet som bekrefter at vi er en del av fellesskapet. Han hevder berøring er en bekreftelse på at man blir akseptert og sett som den man er (Fyrand, 2002).

Berøring kan fremme opplevelsen av trygghet i forhold til omgivelsene man befinner seg i, for eksempel på operasjonsstuen. Trygghet fører til at man blir roligere og bruker mindre krefter på den nye og ukjente situasjonen. Ifølge psykiateren Kringlen, vil dette øke og opprettholde kroppens ressurser (Kringlen, 2011). Merleau-Ponty hevder at kropp og sinn er i et balansert samspill. Berøring er kontakt, og kontakt gir kunnskap. Kunnskapen formidler informasjon om omgivelsene, og den situasjonen man befinner seg i (Merleau-Ponty, 1994). Berøring er en form for ivaretagelse og kan skape trygghet (Skårderud, 2000). I teknologiens tidsalder er behovet for den ømme menneskelige berøringen kanskje større enn noen gang før (Autton, 1990).

### 3.6.2 Berøring og kjønn

Kjønnsforskjeller mellom kvinner og menn er både genetisk og sosialt betinget. Den genetiske betingelsen gjennom XX og XY kromosomene, og den sosiale betingelsen gjennom ytre sosiale påvirkninger (Fyrand, 1996). Kvinner og menns forskjellige biologi kan påvirke opplevelsen av berøring (Fyrand, 2002). I følge Ertner, berører kvinner andre kvinner mest, og menn berører andre menn minst (Ertner, 2014). Studien til Routasalo påpeker at berøring fra kvinnelige sykepleiere er lettere å akseptere enn berøring fra mannlig personale. I tillegg kommer det fram at kvinnelige sykepleiere synes det er enklere å berøre kvinnelige pasienter (Routasalo, 1999).

Berøring og kjønn blir i litteraturen ofte omtalt i sammenheng med seksualitet og seksualitetens uttrykk. I vår oppgave vil ikke seksualitet eller seksualitetens uttrykk bli omtalt.

## 3.8 Kari Martinsen og Knud Ejler Løgstrup

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og filosof, født 1943. Hun er kjent for sin fenomenologiske tilnærming til faget. Hun tar avstand fra det hun kaller den teknisk–instrumentelle livsforståelsen. Med dette mener hun det vi hele tiden registrerer i omgivelsene (Martinsen, 2002).

Martinsens forståelse av fenomenologi er svært påvirket av Løgstrups tanker, men opprinnelig var det Heideggers tekster hun ble inspirert av. Heidegger var en tysk fenomenolog som stilte grunnleggende spørsmål om omsorg. Han ble en av de som var med på å føre Martinsens tenkning frem til en omsorgsfilosofi. Omsorgsfilosofien var preget av det relasjonelle, det praktiske og det situasjonsbestemte (Martinsen, 2003b).

Senere ble Martinsen kjent med Knud Ejler Løgstrup (1905-1981). Fenomenologen Løgstrup var svært opptatt av det han kalte livsytringene. Disse er: barmhjertighet, tjeneste, å gi og tilgi, medfølelse, tillit, talens åpenhet og håp. Han hevdet at det å være medmenneske hører til menneskets liv, og utfordringen ligger i vårt møte med medmennesker. Videre mente han at livsytringene er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg. De kan være av spontan og umiddelbar karakter. De kan ikke oppøves og blir derfor helt unike. ”De er hele, avsluttende måter å være på. Derfor kaller Løgstrup dem definitive” (Martinsen, 2003a, s.59). Livsytringene vil vise seg gjennom våre handlinger. Løgstrup hevdet at dette er selve målet i seg selv. Meningen med livsytringene er å ta ansvar for andres liv, om det er av stor eller liten betydning. Disse beskrev han som de viktigste grunnleggende fenomenene i oss. (Martinsen, 2003a). Løgstrup sier : ”l livet som skapt er vi kroppslig forbundet med hverandre i den større livssammenhengen vi inngår i. Etikken gror frem av dette kroppsfelleskapet knyttet til konkrete situasjoner vi som mennesker alltid befinner oss i” (Martinsen, 1996, s. 27). Dette understreker Engelsrud, med sitt dialektiske syn på kropp, der mennesker er vevd sammen i relasjoner med hverandre (Engelsrud, 2006).

### 3.8.1 Kari Martinsens syn på omsorg

Kari Martinsen nevner noen fundamentale kvaliteter for omsorg. Hun sier at omsorg er en sosial relasjon. ”Omsorg har å gjøre med relasjoner og moral og den ytrer seg i praktisk handling” (Martinsen i Jensen et al., 1992, s. 94). Med det mener Martinsen at felleskap og solidaritet er viktige faktorer i vår relasjon til våre medmennesker. Videre sier hun at omsorg har med forståelse for andre mennesker å gjøre. Denne forståelsen tilegner vi oss ved å gjøre ting for og sammen med andre. Dette vil føre til at man utvikler felles erfaringer. Det er situasjonene vi har erfaringene fra, vi kan gjenkjenne og forstå, sier hun videre. Hvis omsorgen skal være ekte må man forholde seg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut i fra hans situasjon. Dette fordrer en gjensidighet som er utviklet gjennom samhandling (Martinsen,1996).

Martinsen beskriver i sin omtale av sanselig sykepleie også betydningen av berøring. Berøringen kan bety mye mer en den konkrete handlingen og er svært viktig i sykepleien. Gjennom berøring sanser kroppen noe som sinnet og hode ikke kan oppfatte (Overgaard, 2003). Videre beskriver Martinsen operasjonspasienten som sårbar og forsvarsløs, der hun overgir seg i operasjonssykepleierens kyndige hender. Dette byr på spesielle utfordringer for operasjonssykepleieren. Kunnskaper og sanser må anvendes slik at pasientens integritet ivaretas. Operasjonspasienten befinner seg i et høyteknologisk miljø og kan oppleve å være i en sårbar situasjon. Dette fordi pasienten overlater kontrollen over alle sine naturlige kroppsfunksjoner i andres hender (Martinsen i Dåvøy, 2009).

Martinsen beskriver det faglige skjønn som en viktig del av sykepleien. Hun legger vekt på den sanselige forståelse, som overordnet. Dette er kunnskap man oppfatter med sin kropp, via sansene og det som blir sagt. Deretter hevder hun at begreper og prinsipper kommer i andre rekke (Martinsen, 2003a).

### 3.8.3 Løgstrup og urørlighetssonen

Løgstrup omtaler menneskets innerste sfære som urørlighetssonen. Han hevder at hvert enkelt individ har en beskyttelsessfære rundt seg. Det er her man setter sine personlige grenser for hvor nær man lar andre mennesker komme inn på seg. Det er ifølge Løgstrup her man gjør krav på sitt personlige og indre rom. Det er ikke klart definerte grenser for urørlighetssonen, men det er som regel en selvfølgelighet at man respekterer andre menneskers grenser for intimitet. Løgstrup hevder urørlighetssonen er sterkt knyttet til menneskets integritet (Løgstrup, 2010).

*”Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.”*

(Løgstrup, 2010, s. 25)

I boken “Den etiske fordring” beskriver Løgstrup hvordan man skal gjøre sitt beste for å ivareta andre. Han hevder at man må forsøke å forstå den andre for å kunne handle deretter. Her må man balansere respekten for menneskets urørlighetssone opp mot ønsket om å ville den andre vel (Løgstrup, 2010). Selv handlinger gjort i den beste hensikt kan oppfattes krenkende. Krenkelse kan defineres som det pasienten opplever som ”overtramp av den grensen vi alle omgir oss med for å verne det private og intime” (Sætersdal & Heggen, 2004, s.33). Til tross for edle intensjoner og høy fagkompetanse er det ingen garanti mot krenkelser (Sæterdal & Heggen, 2004).

# 4.0 Diskusjon

*”Operasjonen er over. Pasienten våkner til inne på operasjonsstuen. Jeg står ved hennes side og holder min hånd over hennes, slik jeg også gjorde idet hun sovnet. De varme fingrene hennes vender seg inn mot hånden min. Huden og berøringen husker. Den husker vårt sterke møte og de betydningsfulle sekundene.”*

I dette kapitelet vil vi drøfte hvordan vi som operasjonssykepleiere kan bruke berøring terapeutisk på operasjonsavdelingen. Videre vil vi se nærmere på faktorer som påvirker berøring i en hverdag med høye krav til effektivitet.

## 4.1 Møte mellom operasjonssykepleieren og operasjonspasienten

NSFLOS beskriver møtet mellom operasjonssykepleieren og operasjonspasienten på følgende måte:

*”å være operasjonspasient er å være i en sterkt sårbar situasjon. Møte med sykdom og plager som andre mennesker skal ta del i, er eller kan være en utfordring. Som operasjonssykepleiere er det dette møte vi skal ivareta, og utfordringen er å gjøre det slik at pasienten opplever omsorg, kunnskap og handling.”*

(NSFLOS, 2014, s.5).

Slik vi ser det, beskriver Kari Martinsen omsorg som en fundamental handling. Den handler alltid om tilknytning til et annet menneske. Hvordan kan operasjonssykepleieren skape en relasjon i det korte møtet før pasienten legges i narkose? Operasjonssykepleieren bør anvende faglig skjønn basert på erfaringer og kunnskaper om mennesket som individ. Gjennom faglig kompetanse kan berøring benyttes til å skape en relasjon. Studien til Johannessen beskriver at berøring er en måte å oppnå kontakt på (Johannessen, 1998). Kan vår kunnskap formidles via berøring slik at pasienten opplever omsorg og trygghet? I følge Borch og Hillervik opplevde pasientene at berøringen formidlet trygghet, velbehag og en opplevelse av å bli sett (Borch & Hillervik, 2005). Vår erfaring bekrefter at berøring kan føre til at pasienten opplever å bli sett, noe som igjen kan være relasjonsskapende. Den behandlende funksjon beskriver kravet til at operasjonssykepleierens evne til kontaktetablering er stort. Videre heter det at den lindrende funksjonen innebærer at man må ta utgangspunkt i pasientens situasjon for å samhandle hensiktsmessig. Dette er en forutsetning for å fremme helse og lindre lidelse hos operasjonspasienten (NSFLOS, 2014).

Operasjonssykepleieren har alltid med seg sitt menneskesyn i arbeidet på operasjonsstuen. Dersom operasjonssykepleieren har et holistisk syn på mennesket, vil dette kunne påvirke hvordan man skaper relasjoner og utøver berøring. Ifølge Merleau-Ponty kan andres kropper uttrykke en sterk dramatikk. Ingen mennesker kan kun forstås som kropper. Engelsrud hevder at helsepersonell ikke kan observere en lidende pasient kun som et objekt. Et slikt perspektiv kan tolkes dithen at mennesker og kropper er sammenvevd med hverandre som subjekter. Ved et dualistisk menneskesyn betraktes ikke pasienten som et helt menneske, men derimot et medisinsk kasus (Engelsrud, 2006). Dette understreker Nortvedt da han beskriver kroppen ikke som et fysisk objekt, men som en levd kropp, nærmere bestemt som seg selv (Nortvedt, 2014). Operasjonssykepleieren bør derfor være bevisst sitt eget menneskesyn, da dette reflekteres i handlingene som utføres. Et eksempel kan være at hvis man betrakter pasienten som et objekt, vil man være mest opptatt av å gjennomføre det kirurgiske inngrepet. Et resultat av dette kan være at pasienten opplever å bli fremmedgjort (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Da kan berøringens betydning utebli.

Relasjonen og respekten kan skapes gjennom berøring i starten av møtet. Dette kan danne grunnlaget for hvordan man berører pasienten og hennes sovende kropp. Man bør ha respekt i måten man berører pasienten på, også etter at hun har sovnet. Dette kan komme til uttrykk for eksempel ved at man ikke blotter pasienten unødig. Gjennom varsomhet og oppmerksomhet formidles den respekten man hadde når pasienten var våken. Det faglige skjønnet kan påvirke denne bevisstheten.

## 4.2 Berøringens ”magi”

Berøringens ”magi” omtaler berøringens betydning for operasjonspasienten.

Martinsen hevder at berøring er en bevisst handling mellom to mennesker. Den bygger på livsytringer som medfølelse og barmhjertighet. Slik vi ser det er berøringen av ekspressiv karakter, da den preges av følelser og spontanitet (Ertner, 2014). Dette underbygges av Løgstrup som beskriver livsytringene som spontane og unike (Martinsen, 2003a). Et eksempel på dette kan være en trøstende, varm hånd på armen til en engstelig pasient. Slik vi ser det tar operasjonssykepleieren her i bruk sin lindrende funksjon. Denne har som mål å begrense omfanget av belastningen operasjonspasienten opplever (NSFLOS, 2014). Ifølge Autton øker behovet for berøring i stressituasjoner, og pasienten vil være svært mottakelige for berøring (Autton, 1990).

Måten man opplever omsorg er individuelt ut fra situasjonen en befinner seg i og pasientens personlighet (Borch & Hillervik, 2005). I det høyteknologisk miljøet kan operasjonspasienten oppleve å føle seg sårbar og ”hudløs”. Situasjonen er ny og fremmed, samt kan virke truende og stressende. Pasientens kirurgiske stressrespons kan bli aktivert (Nissen, 2008). Det kan være forskjell på en akuttsituasjon og et elektivt inngrep. I begge disse situasjonene bør operasjonssykepleieren forsøke å skape en relasjon gjennom sin sanselige forståelse, ut fra den tiden man har til rådighet. Operasjonssykepleieren kan forsøke å skape en relasjon ved å berøre pasienten. Studien til Borch & Hillervik viser at berøring skaper trygghet, og trygghet vil igjen kunne redusere den kirurgisk stressresponsen (Borch & Hillervik, 2005; Ramnarine-Singh, 1999). Her vil man kunne benytte seg av berøring i form av bevisst stimulering. Intensjonen med dette vil være å berolige pasienten, skape trygghet og minske stressresponsen (Ertner, 2014; Ramnarine-Singh, 1999). Ifølge Kringlen vil dette bidra til at pasienten mobiliserer egne ressurser (Kringlen, 2011).

Pasienten på operasjonsavdelingen er ofte liggende i en seng og kan være avkledd og eksponert. Dette kan gi en opplevelse av sårbarhet (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Operasjonspasienten har lagt igjen klær, smykker, sminke og andre personlige eiendeler som kan knyttes til personens identitet. Noen plages ofte med sykdom og smerter. Dette kan være i sterk kontrast til dagens syn på kropp der det perfekte kroppsidealet er i fokus. Operasjonspasienten kan oppleve sin syke kropp som fremmed (Engelsrud, 2006). Det kan være av stor betydning at operasjonspasienten blir møtt med respekt og verdighet for å ikke å føle seg tingliggjort. Ifølge Borch & Hillervik bidrar berøring til at pasienten opplever å bli sett (Borch & Hillervik, 2005). Som et resultat av dette kan opplevelsen av å bli sett føre til at pasienten føler seg respektert.

## 4.2 Hendenes visdom

I hendenes visdom omtaler vi i hvilken grad etikken gjenspeiler seg i berøringen av pasienten.

”Jeg møter: Profesjonelle hender. Upersonlige hender. Harde hender. Tomme hender. Hjelpeløse hender. Kalde hender. Varme hender. Ømme hender. Omsorgsfulle hender. Varsomme hender. Kjærlighetsfylte hender. Hvor jeg merker forskjell!” (Tuft, 1992, s.33-34). Ifølge Dåvøy formidler hendene alltid dine intensjoner og kunnskaper (Dåvøy et al., 2009).

Etikken prøver å fortelle hva som oppleves som godt og vondt. Etikk setter spørsmål om hva man egentlig tenker om det man gjør (Nortvedt, 2012).

Velgjørenhetsprinsippet baseres på at man vil den andre vel uten å forvente noe tilbake. Martinsen understreker dette i sin grunnlagsetikk. Hun fremhever relasjonen mellom sykepleier og pasient. Videre hevder hun at ansvaret for pasienten ikke er basert på gjensidighet (Martinsen, 2003b). Vår erfaring tilsier at en god relasjon kan være gjensidig, men ansvaret for omsorgen vil alltid være hos sykepleieren. Pasienten velger selv i hvilken grad hun deltar i relasjonen. Operasjonssykepleieren kan oppleve relasjonen betydningsfull fordi ønsket om å ville den andre vel står sterkt. Nissen hevder fysisk berøring gjør at den som utøver berøringen også blir følelsesmessig berørt (Nissen, 2008).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleier står det man skal ha respekt for det enkelte menneskets verdighet og integritet (NSF, 2011). For oss innebærer dette at man vurderer alle pasienter individuelt. For eksempel faller det naturlig å stryke en eldre kvinne på kinnet, mens det er unaturlig å gjøre det samme med en ung mann. Hvordan kommer man fram til denne avgjørelsen, kan den være basert på kjønn og alder av giver og mottager? Operasjonssykepleieren må bruke sin sanselige forståelse og faglige skjønn for å komme fram til denne beslutningen (Martinsen, 2003b).

Operasjonssykepleierens personlighet er alltid med inn i arbeidet. Dette gjenspeiles i hendene og måten pasientene berøres. Hendene kan formidle profesjonalitet og ydmykhet, noe som springer fram fra vårt faglige skjønn (Karoliussen, 1989). På den annen side kan hendene uttrykke travelhet, avstand og avsky. Autton hevder at huden og hendene alltid formidler sannheten (Autton, 1990).

Dåvøy et al. hevder håndlaget vårt inneholder lag på lag med kunnskap, motoriske ferdigheter, erfaring og gode holdninger. Dette håndlaget utvikles over tid (Dåvøy et al., 2009). Ifølge Routasalo opplever menn og kvinner berøringen ulikt (Routasalo, 1999). Videre hevder Johannessen at kvinnelige sykepleiere er mer varsomme ved berøring av mannlige pasienter, fordi de er redde for å bli misforstått (Johannessen, 1998). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at faktorer som alder og kjønn ikke skal påvirke kvaliteten av omsorgen som utføres (NSF, 2011). Derfor er det viktig at man er bevisst sine valg av handlinger slik at man ikke krenker pasientens urørlighetssone. Ifølge Løgstrup bør man derfor veie ønsket om å ville den andre vel opp mot respekten for pasientens urørlighetssone (Løgstrup, 2010).

## 4.4 Balansekunstneren

Dette kapittelet beskriver balansen mellom nærhet og avstand i forhold til pasientens intimsoner. Videre vil vi diskutere betydningen av faglig skjønn.

Løgstrup omtaler urørlighetssonen som menneskenes innerste rom. Operasjonssykepleieren beveger seg ofte inn i pasientens intime sfære for å utføre sine oppgaver. Det kreves erfaring og faglig skjønn for å vite når man skal bruke berøring som et verktøy, og når man skal holde avstand. Halldis Moren Vesaas beskriver akkurat denne balansen mellom nærhet og avstand på en god måte, i sitt dikt “Ord over grind”. Diktet ble skrevet I 1955, men er like aktuelt i dag. Her er et utdrag:

“Du går fram til mi inste grind,

og eg går óg fram til di.

Innanfor den er kvar av oss einsam,

Og det skal vi alltid bli.

Aldri trenge seg lenger fram,

var lova som gjaldt oss to.

Anten vi møttes titt eller sjeldan

Var møtet tillit og ro.”

(Vesaas, 1974, s.76)

Dette diktet kan man også tenke seg at beskriver møtet mellom operasjonssykepleier og pasient. Operasjonssykepleieren respekterer pasientens urørlighetssone og krenker ikke pasientens integritet, ved å tråkke over grensen til hennes innerste grind. Samtidig må man tråkke over noen grenser for å komme i mål med sine nødvendige gjøremål. Borch & Hillervik fant i sin studie at det er mindre krenkende for pasienter som ikke ønsker å bli berørt, dersom berøringen har et formål, altså funksjonell berøring (Borch & Hillervik, 2005; Ertner, 2014). Hvis man er nødt til å gå innenfor pasientens innerste grind, er det desto viktigere å utføre handlingene ved å ha ”respekt i sine hender”. Det vil si at berøringen kun utføres med en praktisk hensikt. Et eksempel kan være når operasjonssykepleieren leirer pasienten på operasjonsbordet. Ved å ha respekt i sine hender behandler man pasienten som en levende kropp og ikke som en gjenstand.

Pasientrettighetsloven§3-1 sier ”pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”(Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En måte å bidra til å opprettholde denne rettigheten, er å være vâr for pasientens signaler. (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Dersom operasjonssykepleieren bruker sansene sine og ser at pasienten ikke ønsker å bli berørt, bruker man sin sanselige forståelse. Dette er ifølge Martinsen å bruke sitt faglige skjønn. Det kommer i første rekke, før prinsipper og begreper (Martinsen, 2003b). Et eksempel på dette kan være pasienten som blir trillet inn på operasjonsstuen, og ligger med lukkede øyne hele tiden. Hun har satt opp en usynlig grind. Gjennom vår sanselige forståelse vil vi her velge å respektere pasientens ønske om å lukke omverdenen ute. Vårt ønske om å praktisere velgjørenhetsprinsippet, blir her forbigått av respekten for pasientens ønske om å være i fred. Dersom man likevel velger å berøre denne pasienten kan dette ifølge Borch & Hillervik kunne oppleves som krenkende. Pasientens integritet som personlig sfære kan ofte bli truet hos operasjonspasienten (Borch & Hillervik, 2005). Pasienten er avhengig av at operasjonssykepleieren handler til pasientens beste, selv handlinger utført i beste hensikt kan oppleves krenkende (Moesmand & Kjøllesdal, 2011; Sætersdal & Heggen, 2004). Det er også viktig å være bevisst hvor man berører pasienten slik at det ikke oppleves krenkende. Eksempelvis er arm, skulder, hånd og hode områder hvor det er naturlig å berøre pasienten uten å overskride urørlighetssonen. Dette er også områder som ofte er lett tilgjengelige for operasjonssykepleieren. På en annen side kan det oppleves negativt dersom man berører pasientens ansikt eller bryst. Dette er områder som kan oppfattes som intime og private (Dåvøy et al., 2009).

Selv den sovende kroppen bør berøres med respekt for ikke å krenke urørlighetssonene. Operasjonspasientens verdighet bør ivaretas i like stor grad til tross for at pasienten sover. Hvordan operasjonssykepleieren berører den sovende kroppen kan gjenspeile hennes faglige skjønn. Berøringen preges av å være av praktisk karakter, det vil si funksjonell berøring (Ertner, 2014). Autton beskriver dette som aktiv berøring. Den har som mål å løse handlingssituasjoner (Autton, 1990). Det er her operasjonssykepleieren utfører sine prosedyrer slik at det perioperative oppholdet forløper til det beste for pasienten. Et eksempel kan være hvordan operasjonssykepleieren fjerner det sterile dekket på pasienten ved inngrepets slutt. Ved å rive av det sterile dekket på en uskånsom måte kan i verste fall hud og hår følge med lim-kanten. En annen måte å fjerne dekket på, kan være å holde igjen huden, mens man skånsomt tar av dekket med rolig bevegelser. Måten man utfører en slik prosedyre kan gjenspeile operasjonssykepleierens holdninger og menneskesyn. Slike holdninger kan signaliseres til resten av det kirurgiske teamet og kan være med på å skape en kultur.

## 4.5 Kappløp med tiden

Her ønsker vi å belyse hvorvidt berøring er gjennomførbart i et høyteknologisk miljø der det er høyt krav til effektivitet.

”Operasjonssykepleie er som fag og profesjon i kontinuerlig utvikling og endring, noe som er viktig og nødvendig for å kunne yte best mulig operasjonssykepleie til den enkelte pasient. Kravet til kunnskap og kompetanse er omfattende” (NSFLOS, 2014, s.2). Utfordringen for operasjonssykepleiere i et høyteknologisk miljø er å se pasientens behov, samtidig som teknologien anvendes på en trygg og effektiv måte (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Operasjonssykepleierens myndighets- og funksjonsansvar sier at pasienten ikke bør påføres mer skade eller lidelse utover det inngrepet i seg selv utgjør. Dette krever stor faglig kompetanse og dyktighet med det teknologiske utstyret. Operasjonssykepleieren skal ha inngående kunnskap og handle innenfor gjeldende lover og bestemmelser (NSFLOS, 2014).

For å ivareta pasienten på en helhetlig måte kreves en kombinasjon av omsorg og tekniske ferdigheter. Ifølge Moesmand & Kjøllesdal kan pasientene oppleve det ”som traumatisk dersom sykepleieren forholder seg til utstyret uten å forholde seg til dem. Dette er med på å øke fremmedgjøringen i situasjonen og viser lite respekt for pasientens integritet” (Moesmand & Kjøllesdal, 2011, s.128). Dette kan bidra til at pasienten føler seg tingliggjort blant alt utstyret. Som nevnt tidligere er det i teknologiens tidsalder et større behov for menneskelig berøring enn før (Autton, 1990). Et eksempel på omsorg som ivaretar både et helhetlig menneskesyn og teknologien er hvis man stryker pasienten på armen, samtidig som man legger på blodtomhetsmansjetten. Her anvendes berøring som et verktøy for å ivareta pasienten som et helt menneske. Samtidig utfører man en teknisk prosedyre. Vår erfaring tilsier at det i de betydningsfulle sekundene er fullt mulig å gjennomføre både berøring og tekniske prosedyrer. Operasjonssykepleieren kan anvende ekspressiv og funksjonell berøring i kombinasjon (Ertner, 2014). Kravet til effektivitet vil derfor ikke være avgjørende for om utøvelsen av berøring er gjennomførbart. I hvilken grad kan operasjonspasienten oppfatte denne tekniske omsorgen og er det tilstrekkelig? Kan pasienten oppleve å bli ivaretatt uten å føle omsorg? Berøring som omsorg oppleves individuelt og er situasjonsbetinget (Borch & Hillervik, 2005). Vår oppfatning er at noen operasjonspasienter kan føle seg ivaretatt uten å oppleve berøring som omsorg. Men dette forutsetter et tilfredsstillende resultat av det kirurgiske inngrepet. På den annen side vil andre igjen føle at de ikke har blitt sett som et helt menneske. Opplevelsen av å føle seg ivaretatt kan utebli. Individuelle behov og forventinger til det perioperative forløpet vil være avgjørende for pasientens opplevelse av berøring (Borch & Hillervik, 2005; Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

Hvordan operasjonspasienten opplever tid er situasjonsbetinget. Opplevelsen av eksakt tid og levd tid kan være basert på pasientens egne ressurser, personlighet og livserfaringer. For eksempel kan opplevelsen av tid oppfattes ulikt hos den elektive og den akutte pasienten fordi forberedelsestiden er ulik (Moesmand & Kjøllesdal, 2014). Ifølge Kringlen kan det å skape trygghet i situasjonen bidra til at pasienten bedre kan mobilisere egne ressurser (Kringlen, 2011). Operasjonssykepleieren kan for eksempel anvende bevisst eller ekspressiv berøring for å ivareta pasienten (Ertner, 2014). Både bevisst og ekspressiv berøring kan uttrykke et ønske om å ville den andre vel og å trøste. Vi tror at ved å legge en fast hånd på pasientens skulder kan man få til en opplevelse av å bli ivaretatt. NSFLOS gjengir en operasjonspasients opplevelse av tid slik: ”Tiden blir konsentrert, det som sies, biter seg så å si fast i årevis etterpå. Omsorgen gir tiden fylde. De små tilsynelatende flyktige øyeblikkene blir øyeblikk av konsentrert omsorg” (NSFLOS, 2014, s. 36). Dette understreker berøringens betydning i de få sekundene man har til rådighet i møte med operasjonspasienten.

# 5.0 Avslutning

*”Hvordan kan operasjonssykepleieren anvende berøring for å ivareta operasjonspasienten i et høyteknologisk miljø?”*

Gjennom teori- og drøftingsdelen har vi forsøkt å belyse problemstillingen fra ulike aspekter. Dette har gitt oss økt forståelse av berøringens betydning for operasjonspasienten. Fordypningsoppgaven har lært oss at en enkel berøring kan ha større betydning for pasientens opplevelse av å bli ivaretatt enn all verdens teknologi. Vi bør ta med oss vår sanselige forståelse inn i det høyteknologiske miljøet. Økt kunnskap og bevisstgjøring rundt berøringens kvaliteter kan endre våre holdninger og kan bidra til å endre vårt handlingsmønster. Gevinsten kan komme pasienten til gode i form av å føle seg ivaretatt.

Anvendelse av berøring forutsetter etter vår mening at operasjonssykepleieren benytter sitt faglige skjønn og sanselige forståelse for å ivareta pasienten i et høyteknologisk miljø. I løpet av arbeidet med denne fordypningsoppgaven har vi blitt oppmerksomme på betydningen av å ha et holistisk menneskesyn. Dette kan gi seg til uttrykk gjennom hendenes visdom og berøring som omsorg. Det har vært spennende å bli kjent med filosofenes syn på mennesket. De har utvidet vårt syn på mellommenneskelige relasjoner. Litteraturen vi har funnet innenfor de ulike fagområdene har beriket og utfordret vårt syn på kropp, samt berøringens betydning. Det har gjort oss oppmerksomme på hvilke fysiologiske og psykologiske effekter berøringen har for operasjonspasienten. Forskning bekrefter at berøring bidrar til at pasienten opplever trygghet, velbefinnende og følelsen av å bli sett. Dette er nettopp det vi ønsker å formidle til operasjonspasienten. I tillegg har vi skaffet oss økt bevissthet i forhold til å ha respekt for pasientens urørlighetssoner. Det vil si å manøvrere seg rundt pasientens intime sfære uten å krenke. Dette gjelder både våkne og sovende pasienter.

Finn Nortvedts essay inspirerte oss til å skrive denne fordypningsoppgaven. Teorien underbygger hans livsendrende opplevelse av berøringens betydning. Dette har gitt oss flere perspektiver. Det har økt vårt ønske om å ivareta *hele* pasienten også i et høyteknologisk miljø. Ifølge Karoliussen, blir hendenes erfaring tillagt for liten betydning i vårt arbeid (Karoliussen, 1989). Nortvedt beskriver på en sterk måte hvordan de faste og gode hendene forankret han og holdt han fast til selve livet (Nortvedt, 2014).

Arbeidet med denne fordypningsoppgaven har bidratt til å øke vår kunnskap og til å videreutvikle vår identitet som operasjonssykepleiere. Nå er det opp til oss å ta med vår nye og utvidede kunnskap inn i vårt daglige arbeid på operasjonsstuen. Når alt kommer til alt dreier det seg om å handle til det beste for pasienten.

# 6.0 Litteraturliste

Autton, N. (1990). *Berøring. Berøringens bruk i omsorg og terapi.* (1.utg.).Øyslebø: Eikstein forlag.

Borch, E., Hillervik C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet. *Vård i Norden. 78*(25). 4-9.

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving.* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dysthe, O., Hertzberg, F., & Hoel, T. L. (2010). *Skrive for å lære: Skriving i høyere utdanning.* (2.utg.). Otta: Abstrakt.

Dåvøy, G. M., Eide, H. E., & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie.* (1.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Engelsrud, G., (2006). *Hva er kropp.* (u.utg) Otta: Universitetsforlaget AS.

Ertner, L. D. (2014). *Berøring: I omsorg og lindring.* (u.utg.)Bergen: Fagbokforlaget.

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon.* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Fyrand, O. (1996). *Det gåtefulle språket: Om hudens kommunikasjon.* (u.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Fyrand, O. (2002). *Berøring.* (u.utg.). Aurskog: Pantagruel forlag AS.

Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ø. V. (2014). *Menneskets fysiologi.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsepersonelloven. (2011). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).* Hentet 12.01.2015, fra <http://www.lovdata.no>

Høgskolen i Vestfold. (2014). *Emneplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*.

Jensen, K., Engelsrud, G., Lauvdal, T., Løvlie, L., Martinsen, K., Eriksen, T. R. & Rønning, R. (1992). *Moderne omsorgsbilder*. (1.utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Johannessen, E. (1998). *Berøring er så mangt.* (Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap). Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo

Karoliussen, M. (1989). *Hendenes skjulte visdom; Om hender og håndlag i sykepleie* (u.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri.* (10.utg.). Gjøvik: Gyldendal Akademiske Forlag.

Langfald, A., & Paulssen, K., M. (2006). *Norsk ordbok.* (4.utg.). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring.*(4.utg.). Århus: Forlaget Klim.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (1.utg.). Otta: Universitetsforlaget AS.

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

Martinsen, K. (2002). Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv*. Sykepleien 90*(3), 46-50.

Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup.* (2.utg.). Otta: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin.* (2.utg.). Otta: Universitetsforlaget.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi.* (1.utg.)Valdres: Pax Forlag AS.

Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2011). *Å være akutt kritisk syk.* (2.utg).Oslo: Gyldendal akademisk.

Natvig, R-S. (2000). *Sykepleie-etikk.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nissen, M. (2008). At berøre og blive berørt. *Fysioterapeuten, 2008*(19), 8-11.

Nortvedt, F. (2012). *Omtanke; En innføring i sykepleiens etikk.* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Nortvedt, F. (2014) Når sykepleien redder liv. *Sykepleien, 2014*(12), 44-49.

NOU 1997:18. (1997). *Prioriteringer på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 31. Mai 1996. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. Mai 1997.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no

NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NSFLOS. (2014). Faghefte: *Operasjonssykepleie: Ansvar- og funksjonsbeskrivelse.* Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg: En lærebog* (u.utg.). Viborg: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* Hentet 26.01.2015 fra <http://www.lovdata.no>

Paulsen, T. M. (2013). *Vi kommuniserer med huden.* Hentet 01.11.2014 fra http://www.ndla.no

Ramnarine-Singh, S. (1999). The surgical significance of therapeutic touch. *AORN Journal 69*(2), 358-369.

Rienecker, L. & Jørgensnen, P.S. (2012). *Den gode oppgaven.* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Routasalo, P. (1999). Physical touch in nursing studies: A litterature review. *Journal of advanced nursing. 30*(4). 843-850.

Samlaget Kunnskap. (2007). *Med andre ord: Den store synonymordboka med omsetjingar til nynorsk.* (3.utg.). Oslo: Norske Samlaget.

Skårderud, F. (2000). *Uro: En reise i det moderne selvet.* (1.utg.). Oslo: Aschehoug.

Sætersdal, B., Heggen, K. (2004). *I den beste hensikt; Ondskap i behandlingssamfunnet.* (1.utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Torgrimsen, E. (1998). Terapeutisk berøring: En lindrende funksjon i sykepleien. B. Johannessen. (Red.), *En reise i pasienters og sykepleieres verdener.* (s.158-186). Aurskog: Tano Aschehoug AS.

Tuft, H. (1992). *Den siste ydmykelsen.* (1.utg.). Oslo: H. Aschehoug.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Vesaas, H., M. (1974). *Utvalde dikt.* (u.utg.).Oslo: H. Aschehoug & Co.