

Avdeling Elverum

Heidi Catherine Gløersen og Kaja Helstad

Veileder: Svein Skogan

## Bacheloroppgave i sykepleie

### «Effekten av berøring»

«The effect of touch»

Antall ord: 11502

BASY 2014

Våren 2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage    JA X    NEI

**«Av og til er det ingen  
ting som kan erstatte  
kontakten med en  
hånd.**

**Da føler man seg  
virkelig møtt»**

**- Marie de Hennezel**

# Innholdsfortegnelse

«Av og til er det ingen.....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Valg av tema.....	6
1.2 Hensikt.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensninger i oppgaven.....	7
1.5 Anonymisering .....	8
1.6 Oppgavens oppbygging .....	8
2.0 Metode.....	9
2.2 Søkeprosess og litteraturvalg.....	9
2.3 Presentasjon av forskning .....	11
2.4 Kildekritikk.....	13
3.0 Teori .....	14
3.1 Den demente pasienten .....	14
3.1.1 Ulike former av demens.....	15
3.1.2 Sykehjemspasienten.....	17
3.2 Berøring.....	18
3.2.1 Ulike former for berøring – begrepsforklaring .....	18
3.2.2 Huden- et sanseorgan.....	19
3.2.3 Berøringens betydning .....	20
3.2.4 Berøring som kommunikasjonsverktøy til personer med demens.....	20
3.2.5 Berøring som verktøy i sykepleien til den demente pasienten .....	21
3.3 Personorientert omsorg.....	21
3.4 Sykepleierens rolle .....	22
3.5 Etske hensyn.....	23
3.6 Sykepleieteori .....	23
3.7 Humanvitenskapen, hermeneutikken og fenomenologien.....	24
4.0 Drøfting .....	25
4.1 Den viktige berøringen .....	25
4.2 Ta på meg, men kun når jeg ønsker det!.....	26

4.3 Kommunikasjon er mer enn ord .....	28
4.4 Emosjonelle aspekter ved bruk av berøring. ....	29
4.5 Du er verdifull .....	31
4.6 Begrensende faktorer .....	32
5.0 Konklusjon .....	34
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	40
Vedlegg 2: Søkehistorikk PubMed.....	41

# 1.0 Innledning

Den gamle har levd et langt liv og bidratt til samfunnet og til sin familie gjennom flere tiår. Mot slutten av livet sitter mange gamle igjen med dårlig helse, kanskje føler de seg ensomme og hjelpeløse i en av livets mest sårbare faser. Det blir stadig flere eldre, og mange eldre menneskene lever med en demenslidelse i tillegg til sin naturlige aldring. På grunn av at den forventede levealderen i befolkningen øker, forventes det en fordobling av personer som vil utvikle en demenslidelse frem til 2050 (Folkehelseinstituttet, 2015). Den kommende eldrebølgen vil gi utfordringer til kommunene, da flere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester. For at denne pasientgruppen skal få et godt og tilpasset tjenestetilbud, må det satses på økt kompetanse og forebygging innenfor demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

## 1.1 Valg av tema

Vår avsluttende oppgave i sykepleiestudiet vil omhandle berøringens betydning for den demente pasienten i et sykepleier- pasient perspektiv. Vi ønsker å belyse hva vi kan formidle positivt gjennom berøring, og hvilken betydning det kan ha for pasienten. Vårt valg av tema er gjort med bakgrunn i erfaringer vi har gjort oss gjennom flere praksisperioder og gjennom våre jobber i hjemmesykepleien. Vi har møtt pasienter i ulike aldre, med forskjellig bakgrunn og helseutfordringer, men det er møtet med den syke, eldre og demente pasienten som har berørt oss ekstra og som har resultert i vårt valg av tema for denne oppgaven. Vi har selv erfart hvilken positiv effekt berøring kan ha på pasienter med demens, og mener derfor at dette temaet har stor relevans i forhold til sykepleiefaget. Dette underbygges i tillegg av forskning vi har funnet om temaet berøring. I en forskningsartikkel har vi funnet at bruk av berøring kan bidra til å styrke pleier-pasient relasjonen og virke beroligende på pasienten (Jensen, 2001). I en tidligere praksisperiode var det spesielt en pasient som inspirerte oss til å velge vårt tema om berøring. Dette er pasienten som blir presentert innledningsvis i enkelte av kapitlene våre i teoridelen. Vi ønsker å sende denne pasienten noen ekstra varme tanker, som ga oss inspirasjon og ikke minst motivasjon til å skrive denne oppgaven.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvor viktig berøring er for pasienter med demens, både terapeutisk berøring, men også den daglige berøringen som kan oppleves som beroligende i situasjoner der pasienten er utrygg eller viser uønsket adferd. Berøring har lang tradisjon i sykepleiehistorien, der berøringen har hatt som hensikt å helbrede, berolige og hjelpe pasienten (Autton, 1990, s. 20). Vi ønsker også å synliggjøre at bruk av berøring kan være med på å bygge relasjoner mellom pleier og pasient i situasjoner der verbal kommunikasjon ikke fungerer optimalt eller har ønsket effekt. Å skulle kommunisere med og skape gode relasjoner til pasienter med demens, kan ofte være en utfordring. Vi ønsker derfor å tydeliggjøre at det finnes ulike kommunikasjonsverktøy man kan benytte seg av i det viktige arbeidet med denne pasientgruppen. Å skape gode relasjoner til pasienten, tenker vi er med på å trygge pasientens hverdag, gi han forutsigbarhet og øke hans livskvalitet.

Gjennom våre praksisperioder har vi erfart at enkelte pleiere kan se ut til å ikke være komfortable med å berøre pasienter i terapeutisk hensikt. Det kan være mange årsaker til dette, men vi synes allikevel dette har vært trist å observere. I en artikkel i Sykepleien blir det påpekt at mangel på kunnskap hos helsepersonell, samt frykt for negative reaksjoner hos pasienten, kan være en mulig årsak til at enkelte ikke benytter seg av berøring som verktøy (Hunt, Johannessen & Stramrud, 2008). Vårt formål med denne oppgaven er å formidle våre erfaringer med bruk av berøring, viktigheten av berøring som verktøy i helsepersonell sitt arbeid med den demente pasienten, samt at vi har et overordnet ønske om å formidle kunnskapen vi opparbeider oss gjennom vårt arbeid med denne oppgaven til andre.

## 1.3 Problemstilling

Hvordan kan bruk av berøring til sykehjemspasienter med alvorlig demens bidra til å dempe symptomer på sykdommen og gi pasientene en bedre hverdag?

## 1.4 Avgrensninger i oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med langtkommen demens som bor på sykehjem. Vi har valgt å presentere de ulike formene for demens ettersom vi mener det kan

være nyttig for leseren å danne seg et bilde av pasienter med denne lidelsen, samt hvordan symptombildet til denne pasientgruppen fortoner seg.

I oppgaven har vi valgt å fokusere på den gode effekten av berøring, men vi kommer allikevel til å diskutere etiske utfordringer og viktigheten av at pasientens autonomi og verdighet blir ivaretatt i drøftingsdelen.

Vi kommer ikke til å inkludere medikamentbruk i oppgaven ettersom våre erfaringer fra praksis ikke ga oss noen indikasjon på om bruk av berøring som verktøy kan ha innvirkning på bruk av medikamenter i positiv eller negativ retning.

Pårørende som ressurs er et viktig tema vi har hatt mye fokus på i flere av våre praksisperioder. I denne oppgaven velger vi å ha fokus på relasjonen mellom pasient og pleier, og velger av den grunn å ikke ha med dette som tema i oppgaven.

Når det gjelder problemstillingen for oppgaven, der vi skriver om å dempe symptomer på sykdommen, så mener vi kognitive symptomer som pasienten har som følge av sin demenslidelse. Vi ønsker å diskutere effekten av berøring i forhold til atferdsmessige og følelsesmessige symptomer.

## 1.5 Anonymisering

Innledningsvis i noen av kapitlene i teoridelen har vi valgt å presentere enkelte hendelser vi opplevde med en pasient i en av våre praksisperioder. Hendelsene er ment som en inspirasjon til å formidle vårt budskap i oppgaven, samt å forsøke å gjenskape det vi opplevde sammen med pasienten gjennom vår praksisperiode. Hendelsene som blir presentert i oppgaven er noe omskrevet i forhold til de faktiske forhold, samt at bosted og alder på pasienten ikke blir presentert. Pasientens anonymitet forblir på denne måten ivaretatt.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I forhold til oppgavens oppbygging og disposisjon har vi fulgt retningslinjene for bacheloroppgave til Høgskolen i Innlandet. Oppgaven er skrevet etter Høgskolen i Innlandet sin APA-standard som er oppdatert i januar 2017.



Vi har delt oppgaven inn i 4 hoveddeler med underkapitler. Først i oppgaven er det en innledningsdel der valg av tema og hensikt med oppgaven presenteres. Videre presenteres problemstillingen og hvilke avgrensninger vi har satt for oppgaven. Avslutningsvis i innledningsdelen skriver vi litt om anonymisering i forhold til pasienteksemplene som vises i oppgaven. Etter innledningsdelen kommer en metodedel der vi beskriver hva metode er, søkeprosessen i forhold til litteratursøk, litteraturvalg, kildekritikk samt en presentasjon av forskningsartiklene vi har funnet. I teoridelen har vi innledningsvis valgt å skrive om demens slik at leseren vil kunne danne seg et bilde av denne pasientgruppen. Videre i teoridelen presenterer vi hvilken sykepleieteoretiker vi har valgt for oppgaven, samt relevant teori som skal drøftes i drøftingsdelen. Drøftingsdelen har vi valgt å dele opp i ulike underkapitler for å få en oversiktlig og strukturert presentasjon av denne delen av oppgaven. Sist i hoveddelen av oppgaven er en avsluttende konklusjon der vi besvarer oppgavens problemstilling.

## 2.0 Metode

Metode skal si noe om måten vi har kommet fram til den kunnskapen som legges fram og hvordan vi har jobbet med oppgaven. Hvis det er kvantitativ metode som er benyttet, vil det si at vi har funnet informasjon som kan måles eller tallfestes, og at det er stadfestet i statistiske analyser. Ved kvalitativ metode går man dypere og grundigere til verks i et smalere felt, og det er ikke uvanlig at problemstillingen endres underveis i arbeidet med analyseringen av dokumentet. I kvalitativ metode er det ofte en subjektiv tilnærming til problemstillingen (Dalland, 2012, s. 112).

I oppgaven vår har vi benyttet oss av kvalitativ metode. Oppgaven er et fordypningsstudie. I et fordypningsstudie bruker man eksisterende kunnskap som sammenlignes og drøftes opp mot egen problemstilling. Vi har brukt forskning og faglitteratur med relevans til interesseområdet, samt erfaringer fra egen praksis.

### 2.2 Søkeprosess og litteraturvalg

Vi begynte tidlig å søke etter og samle relevant forskning og fagstoff. Vi fant mange engelskspråklige artikler som var relevante for vår oppgave, men vi ønsket også å finne

forskning på norsk om temaet. Det viste seg å være vanskelig, men vi fant noen gode, norske fagartikler og rapporter med relevans til temaet vårt som vi har hatt god nytte av. Det er lite ny norsk forskning rundt emnet, men vi fant tilslutt en norsk forskningsartikkel av litt eldre dato som vi har valgt å vise til. Vi mener at relevansen i artiklene er like aktuell i dag som for 15-20 år siden. I startfasen av søkeprosessen brukte vi google og søkte kun på berøring for å gjøre et grov- søk. Da fikk vi treff på bøker med samme tittel. Blant annet fant vi at Lene Dieserud Ertner har skrevet en fagbok, *Berøring- i omsorg og lindring*, hvor hun beskriver berøringens betydning gjennom hele livet (Ertner, 2014). Ertner er utdannet rosenterapeut, med kompetanse på mange metoder innenfor berøring. Hun praktiserer i dag som veileder og foreleser på området. Denne boken har gitt oss gode innspill og tanker. Vi kontaktet forfatteren av boka for å høre om hun visste om og kunne gi oss noen tips om ny, norsk forskning rundt emnet berøring, men hun hadde heller ikke noe nytt å vise til. Hun kom imidlertid med forslag om flere fagartikler på emnet, samt oppmuntring i forhold til vårt valg av tema. Det har gitt oss inspirasjon til videre arbeid med oppgaven. Norman Autton, en britisk sykehusprest, har også skrevet en bok om bruk av berøring i omsorg og terapi (1990). I denne boken fant vi relevant stoff å vise til. Eli Johannessen (1998) har skrevet en masteroppgave med tittelen *Berøring er så mangt*. I denne avhandlingen har vi hentet inspirasjon til diskusjon av problemstillingen.

Vi har valgt å knytte besvarelsen på problemstillingen opp mot Kari Martinsens sykepleieteori. Marit Kirkevolds bok, *Sykepleieteorier- analyse og evalueringer* har gitt oss et grunnlag slik at vi har kunnet diskutere Martinsens teori i forhold til vårt tema (1998). I bøkene *Fra Marx til Løgstrup* og *Fenomenologi og omsorg* som Kari Martinsen selv har skrevet, har vi funnet grunnlag for å drøfte problemstillingen vår. I disse bøkene skriver hun mye om betydningen av menneskelige relasjoner. Kari Martinsen er tydelig inspirert av den danske filosofen Knud Løgstrups skapelsesfenomenologi, om hvordan vi mennesker er bundet sammen gjennom sansing og kropp (Martinsen, 2003, s. 79-120). Foruten dette har vi brukt pensumlitteraturen fra alle tre studieår i sykepleieutdanningen fra Høgskolen i Innlandet.

Vi har benyttet oss av tilgjengelige databaser via høgskolens bibliotek, helsebiblioteket og kunnskapssenteret. Vi har hovedsakelig søkt i databasene PubMed og SweMed, da det er disse databasene vi er best kjent med. Vi har brukt Mesh på norsk og engelsk for å finne alternativer til søkeord. I søket etter forskningsartikler, har vi i utgangspunktet avgrenset søket vårt til fagfelle-vurderte artikler, og ikke eldre enn 20 år. Det at artiklene er fagfelle-vurderte, anser vi som et kvalitetsstempel på forskningen. Søkeordene som er brukt er: berøring, touch,

terapeutisk berøring, therapeutic touch, demens, dementia, sykepleier- pasient relasjon, nurse-patient relation, omsorg, care. Vi har benyttet oss av ulike kombinasjoner av søkeordene, men «touch» eller berøring har alltid vært med. Vi har benyttet oss av høgskolens bibliotek for å finne tidsskrift med originalartikkel. Det ble brukt mere tid på å søke etter artikler enn det som var forventet, og vi er litt overrasket over at vi ikke har funnet flere norske artikler av nyere dato.

## 2.3 Presentasjon av forskning

«*Sykepleiere og bruk av berøring i forhold til eldre mennesker i sykehjem*» (Jensen, 2001).

Denne artikkelen er en kvalitativ artikkel, basert på semistrukturerte intervjuer, og tar for seg hvordan sykepleiere gjennom berøring og tilstedeværelse kan gi eldre på sykehjem økt velvære og påvirke deres helse positivt. Den gir et innblikk i hvordan sykepleiere opplever betydningen av berøring i pleie til eldre pasienter. Den belyser hvordan fysisk kontakt og berøring kan ha en trøstende og beroligende effekt på pasienter. Pleierne har også blitt bevisst på at berøring er med på å skape tillit og opprette bedre kontakt mellom pasient og omsorgsgiver. Det skilles mellom instrumentell berøring, som forbindes med fysisk hjelp, og ikke -instrumentell berøring som knytter seg mer til emosjonelle handlinger. Det er gjort undersøkelser på at de som får positiv berøring i form av å holde ei hånd eller få en klem, vil føle mere trygghet og tilhørighet (Jensen, 2001). Et annet viktig moment som kommer fram i artikkelen, er at tidspress blant pleierne er en faktor som gjør at den gode berøringen blir nedprioritert.

«*Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care*» (Skovdahl & Sørli, 2007).

Dette er en kvalitativ studie utført blant pasienter med til dels alvorlig grad av demens som bor i sykehjem. Denne studien omhandler hvordan regelmessig taktil berøring kan ha effekt på pasientene i forhold til uro og aggresjon, og hvordan berøring som et non-verbalt redskap kan bedre kommunikasjon mellom pleier og pasient. Taktil berøring som metode ble utviklet i Sverige på 90- tallet. Taktil berøring innebærer lett berøring og stryking av huden i planlagte former, der seansen gjerne foregår inne på pasientens rom i rolige omgivelser.

Hensikten med denne studien var å se eventuelle dokumenterte endringer i uønsket adferd hos pasientene etter at de hadde mottatt taktil berøring av sine omsorgsgivere.

*«Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care»* (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012).

Dette er en australsk kombinasjonsstudie (Mixed method research) som er utført på pasienter med siste stadium av demens. Studien påpeker at det er svært viktig for personer med langtkommen demens å få oppleve det å bli tatt på i den hensikt å berolige og gi glede til pasienten. Det kommer frem i studien at denne pasientgruppen ofte blir oversett i forhold til deres behov for å bli berørt. Studien fokuserer på den positive effekten av den enkle, dagligdagse berøringen av pasientene gitt til dem av pleiepersonell, men også av pårørende. Studien legger vekt på at det er helt essensielt å oppleve å bli tatt på gjennom hele livet, og at det tilsynelatende er viktigere enn noen gang til pasienter med langtkommen demens. Forfatterne mener at den hverdagslige berøringen er det som binder oss sammen som sosiale individer, og at denne formen for berøring er avgjørende for å skape relasjoner mellom pasient og pleier.

*«Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional»* (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003).

Denne artikkelen er en intervjubasert artikkel med kvalitativt design. Det er gjort en fenomenologisk tilnærming, det vil si at det er menneskelige erfaringer som er lagt til grunn for de resultatene som har kommet fram (Dalland, 2012, s. 57-59). Formålet med denne studien var å belyse berøringens betydning i pleie av eldre pasienter. Den er vinklet mest fra et helsepersonellperspektiv, og gir et innblikk i hvordan helsepersonell blir påvirket av dette i pleiesammenheng. Vi mener det er viktig å ha med helsepersonells opplevelse av å gi berøring, siden dette vil si noe om det samspillet som oppstår mellom pleier og pasient. Artikkelen viser at bruk av berøring ikke bare har god effekt på pasienten, det har også positive innvirkninger på pleierne. De opplever å få bedre kontakt og et nærmere forhold til pasientene.

I alle artiklene har vi funnet sammenfallende faktorer som viser at berøring kan ha positiv effekt i forhold til å skape relasjoner mellom pasient og pleier, gi glede, skape tillit samt virke beroligende og trøstende.

## 2.4 Kildekritikk

Artikkelen «*Sykepleiere og bruk av berøring i forhold til eldre mennesker i sykehjem*» er publisert i Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning, som er et vitenskapelig tidsskrift innenfor faget. Artikkelen er ikke av nyere dato, men i forhold til vårt tema mener vi denne artikkelen er relevant, og at dette har like stor aktualitet i dag som for 16 år siden. Artikkelforfatteren er sykepleier, og har i senere tid publisert flere fagartikler. Svakheten i forhold til denne artikkelen og vår oppgave, er at funnene for det meste omhandler sykepleiernes oppfatning i forhold til bruk av berøring. Men vi fant likevel så mange gode momenter som kan knyttes opp mot vårt emne i drøftingen at vi valgte å bruke den.

Artikkelen «*Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care*» er skrevet av Kirsti Skovdahl, som er professor i medisinsk vitenskap ved Buskerud og Vestfold Universitet, og professor Venke Sørli, ved Senter for klinisk sykepleieforskning ved Lovisenberg Diakonale Høgskole i Oslo. Vi anser forfatterne av denne artikkelen som pålitelige, siden begge underviser på bachelor-, master- og doktorgradsnivå. I tillegg har de gitt ut flere vitenskapelige artikler innenfor faget. Artikkelen er publisert i International Journal of Older People Nursing, et internasjonalt magasin som publiserer vitenskapelige og fagfelleverderte artikler innenfor geriatri knyttet opp mot sykepleie.

Artikkelen «*Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care*» er en studie med kvalitative sammenligninger. Vi regner denne artikkelen som en god kilde siden den er presentert i Aging & Mental Health, en vitenskapelig journal med fagfelleverderte artikler. I tillegg har artikkelforfatterne publisert flere vitenskapelige artikler og de er høyt utdannede forelesere innenfor sykepleiefaget ved et kjent

universitet i Australia. Artikkelen har en fyldig referanseliste, og mange av søkene er blitt gjort i PubMed som er en kjent søkemotor innenfor sykepleie.

Den siste artikkelen «*Meanings of giving touch in care of older patients: becoming a valuable person and professional*» er publisert i Journal of Clinical Nursing som er et internasjonalt fagfelleurdert magasin. I dette bladet presenteres det fagstoff, og utvikling og kunnskap innenfor sykepleiefaget blir delt. Forfatterne av artikkelen, Sandman og Rasmussen, er anerkjente professorer i sykepleie, henholdsvis ved universitet i Umeå og Medicinska fakultet, Lunds universitet. Edvardsson, professor ved La Trobe University i Australia, har publisert flere artikler sammen med de forannevnte i den senere tid.

Ut i fra våre undersøkelser anser vi disse artiklene som pålitelige og gyldige.

## 3.0 Teori

### 3.1 Den demente pasienten

*Han vandrer hvileløst rundt i gangene på avdelingen på sykehjemmet. Han tar i dører og forsøker å ta seg inn på ulike pasientrom. Dørene er låst. Frustrasjonen hans øker, og vandringen tiltar. Blikket er tomt og ansiktet er stramt og uttrykksløst. Han fortsetter sin vandring i gangene, kikker ut av vinduene og han klarer ikke å finne ro.*

Overnevnte situasjon er ikke uvanlig hos pasienter med demens. Aldersdemens betegnes som økende kognitiv svikt hos en eldre person, der den progredierende prosessen fører til redusert og etter hvert sviktende evne til å klare dagligdagse aktiviteter. Aldersdemens er en kronisk sykdom som man ikke vil oppleve å bli frisk av, og tilstanden vil forverre seg over tid (Berentsen, 2010, s. 350-365).

Det anslås at 1,5 % av befolkningen lever med demens i Norge i dag. Man vil i fremtiden oppleve at tallet på personer med demens vil øke etter hvert som den forventede levealderen i

befolkningen øker. Beregninger som er gjort peker i retning av en fordobling av forekomst av demens mellom 2006 og 2050 (Folkehelseinstituttet, 2015).

Demens deles opp i ulike stadier, der det første stadiet er mild grad av demens. I dette stadiet begynner glemsomheten å komme snikende og personen og de pårørende rundt kan så vidt begynne å forstå at noe er galt. Personen vil kanskje begynne å glemme avtaler og gjøre ting som for utenforstående kan virke merkelig. Som for eksempel å legge osten i brødboksen og brødet i stekeovnen. Det kan være vanskelig for pasienten å komme på enkelte ord og tidsperspektivet kan så smått begynne å svikte (Berentsen, 2010, s. 350-365).

I det neste stadiet har personen fått moderat grad av demens. I dette stadiet vil alle de utfordringene fra det forrige stadiet bare tilta i styrke. Personen opplever at det blir stadig vanskeligere å holde avtaler ettersom hukommelsen i dette stadiet virkelig har begynt å svikte. Evnen til problemløsning, konsekvenstenking og kommunikasjon begynner å svikte i et økende tempo. I dette stadiet vil også personen oppleve at stedsansen svikter, og personen vil kunne oppleve angst, frustrasjon, sinne, depresjon og fortvilelse som følge av den økende funksjonssvikten (Berentsen, 2010, s. 350-365).

I det siste stadiet har personen nå utviklet alvorlig grad av demens. Personens hukommelse er alvorlig svekket og tapet av funksjoner er betydelig. Personen vil ikke kunne gjenkjenne ansikter og husker ikke hvem sine nærmeste er. I denne fasen er personen ikke lenger orientert for tid og sted, og vedkommende oppfatter svært lite eller ingen ting av det som blir forsøkt kommunisert og formidlet til han. Personen er i tillegg ofte inkontinent for urin og avføring. Ved alvorlig grad av demens er personen avhengig av hjelp, omsorg og tilstedeværelse døgnet rundt (Berentsen, 2010, s. 350-365).

### 3.1.1 Ulike former av demens

I dette kapittelet skal vi kort beskrive de ulike typene av demens.

**Alzheimers sykdom** er den vanligste demenslidelsen. Denne debuterer som oftest etter 65-års alder. Sykdommen utvikler seg langsomt og kjennetegnes av sviktende hukommelse som hovedsymptom i utviklingsfasen. Kvinner rammes oftere enn menn. De ulike demenssymptomene som er beskrevet i kapittelet ovenfor, utvikles ofte over flere år (Berentsen, 2010, s. 350-365). Alzheimer oppstår ved at skadelige forandringer i hjernen, som

proteinavleiringer, celleforandringer eller biokjemiske forandringer, fører til nervecelledød (Nationalforeningen for folkehelsen, 2017).

**Frontotemporallappdemens** kjennetegnes ved skader i pannelappene eller tinninglappene. Både kvinner og menn kan rammes av denne demenslidelsen, og den kan ofte debutere tidligere enn ved Alzheimers sykdom. Typisk for frontotemporallappdemens er at personen ofte endrer adferd, han blir ukritisk, impulsiv og kan miste sine hemninger. Personen kan bli likegyldig i forhold til å ivareta personlig hygiene. Han mangler sykdomsinnsikt, men menneskene rundt han vil legge merke til de radikale endringene som oppstår. Personer med denne demenslidelsen kan ofte være orientert for tid og sted og ha god hukommelse, spesielt tidlig i forløpet. Andre symptomer ved frontotemporallappdemens kan være sløvhets, initiativløshet, apati og likegyldighet, hvilket ofte er symptomer som kan forveksles med depresjon. I sent stadium er det vanlig at personen vil utvikle motoriske symptomer som skjelvinger og stivhet i musklene (Berentsen, 2010, s. 350-365).

**Sekundær demens** er demens som har oppstått av andre årsaker eller sykdommer som for eksempel hodeskader, hjernesvulster, normaltrykkhydrocephalus, vitaminmangel, aids og langvarig alkohol eller narkotikabruk. De fleste sykdommer og skader som påvirker hjernen vil kunne føre til utvikling av demens (Nationalforeningen for folkehelsen, 2017).

**Parkinsons sykdom med demens** medfører ofte mildere symptomer enn ved Alzheimers sykdom, og typiske for denne formen for demens er at personen ofte bruker lenger tid på å tenke, snakke og det han skal utføre. Bevegelsene til personen går langsomt og han trenger lenger tid på å utføre disse samt sine daglige aktiviteter (Nationalforeningen for folkehelsen, 2017).

**Demens med lewylegemer** kjennetegnes ved at personen får symptomer fra både Parkinson sykdom og Alzheimers sykdom. Symptomer som sees ved delirium kan også forekomme. (Berentsen, 2010, s. 350-365). Typisk for denne demenslidelsen er at personen ofte kan oppleve hallusinasjoner og vrangforestillinger i tillegg til andre symptomer. Det er proteinansamlinger i hjernen som fører til demens med lewylegemer (Nationalforeningen for folkehelsen, 2017).



**Vaskulærdemens** ses hos personer som har gjennomgått infarkter i hjernen samt som har sykdom i arterioler i hjernevevet (Berentsen, 2010, s. 350-365).

### 3.1.2 Sykehjemspasienten

*Han har bodd på gården sammen med sin mor gjennom hele oppveksten. Etter sin mors død ble han boende på stedet han elsket, en gård tett inntil skogholtet, oppå en liten høyde. Gården er omringet av grønne jorder der kuene til naboen gresser. Han liker å sitte ved vinduet å titte på naboens katt som ofte kommer gående over gårdsplassen. Han får sjelden besøk bortsett fra de fire daglige besøkene fra hjemmesykepleien. Han forstår ikke det bekymrede uttrykket i sykepleierens ansikt, han forstår ikke at dette er den siste dagen han skal få oppleve å være på gården som han elsker. Det kommer en bil kjørende som parkerer like inntil inngangsdøren. Ytterligere to sykepleiere kommer inn i entreen. Han får på seg sko og ytterklær, og han blir geleidet inn i den ventende bilen. Turen ned til sentrum tar ikke mer enn 10 minutter. Bilen parkerer foran en eldre trebygning med store gressplener rundt. Han ser usikkert mot sitt nye hjem, men han forstår ikke at det er her han skal bo i den gjenværende tiden av sitt liv. Snart vil gården han elsker bare være et blekt minne.*

Når man får store helsemessige utfordringer, og det ikke lenger er forsvarlig å bo hjemme på egenhånd vil en kunne få tilbud om plass ved et sykehjem. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1), har kommunen man bor eller oppholder seg i plikt til å yte nødvendig helsehjelp til sine innbyggere slik at de får den pleie og omsorg de har krav på (Hauge, 2010, s. 219-236). At man har mulighet til å bli ivaretatt gjennom hele døgnet på en institusjon er et gode vi er heldige og kunne benytte oss av i Norge. Imidlertid kan det oppstå utfordringer knyttet til dette ettersom et sykehjem er pasientens bosted, de ansatte sin arbeidsplass og et besøkssted for pårørende (Hauge, 2010, s. 219-223). Å skulle flytte fra kjente og kjære omgivelser, fra et hjem man har bodd i mange år, kan oppleves som en stor belastning og kanskje også som sorg for pasienten. Kanskje føler pasienten seg overkjørt av sine pårørende, ettersom det ofte er disse som er pådrivere for å få pasienten inn på institusjon når helsetilstanden endrer seg til det verre. Når pasienten flytter til sykehjemmet må han forholde seg til mange nye ansikter, både personale og medbeboere. Han skal lære disse å kjenne, og i tillegg forholde seg til nye rutiner og omgivelser. Alle disse omveltningene oppleves og takles ulikt fra pasient til pasient. I den første tiden etter at pasienten har kommet til sykehjemmet, føler ofte pasienten seg sårbar og kan inneha et kaos av følelser. Han kan

gråte og lengte hjem til det han hadde før. Det er ikke uvanlig at pasienten føler seg svært ensom i den første tiden. Med tiden aksepterer de fleste etter hvert sin nye hverdag, men det er ikke uvanlig at pasientene veksler mellom aksept for den nye livssituasjonen og lengsel tilbake til sitt tidligere hjem (Hauge, 2010, s. 225-227).

## 3.2 Berøring

Berøring har gjennom all tid hatt betydning for menneskers forhold til hverandre. Gjennom berøring viser vi hverandre empati og omsorg, kjærlighet og respekt (Autton, 1990). Det finnes mange typer berøring med forskjellige formål. Funksjonell berøring er når man vil løse et problem eller få gjennomført en oppgave. Ekspressiv berøring er berøring uten å ha en tanke bak, men mer en impulsiv handling for å formidle en følelse. Bevisst berøring benyttes som et verktøy i tillitsskapende arbeid eller når det sees et behov for nærhet, eller der det er mangel på nærhet hos et menneske. Bevisst berøring kan også brukes som kommunikasjon når språk er fraværende (Ertner, 2014, s. 219-220). Berøring er en uttrykksform som til tider kan si mere om våre følelser enn det ord kan. Måten vi berører et annet menneske på, har betydning for hva vi vil formidle til den andre (Autton, 1990, s. 31-32). Gjennom våre hender kan vi gi uttrykk for medfølelse, vi kan trøste, vi kan bygge tillit og være støttende (Autton, 1990, s. 65-68). Berøring er også en måte å bekrefte et annet menneske på, og å gi den andre en følelse av å bety noe for noen (Johannessen, 1998, s. 40-42).

### 3.2.1 Ulike former for berøring – begrepsforklaring

I vår oppgave velger vi å ha fokus på to former for berøring. Vi velger å presentere den berøringen som vi mener er den viktigste, og som er den berøringen det legges mest vekt på i oppgaven først:

- Den dagligdagse berøringen: dette er den berøringen som skjer spontant og som gjerne oppstår naturlig mellom pleier og pasient i situasjoner gjennom dagen (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012). På fagspråket kalles denne berøringsmetoden ikke-instrumentell berøring. Det vil si berøring som ikke er knyttet til medisinske prosedyrer, stell og pleie, men som bare forekommer av emosjonelle årsaker (Jensen, 2001). Eksempler på denne formen for berøring kan være å stryke pasienten på kinnet

når man sitter og mimrer om gamledager sammen, eller en klapp på skulderen når man haster forbi pasienten i korridoren på sykehjemmet. Å gi pasientene slik berøring kan styrke relasjonen mellom pasient og pleier, og pasienten vil kunne oppleve økt trygghetsfølelse (Nicholls et al., 2012).

- Taktil berøring: man kan også gi berøring i mer planlagte former. En metode for dette ble utviklet i Sverige på 90- tallet. Metoden kalles taktil massasje og innebærer en myk form for massasje som har til hensikt å stimulere de taktile reseptorene like under huden. Dette gjøres inne på pasientens rom, i rolige omgivelser og uten forstyrrende elementer som for eksempel musikk. Massasjen kan utføres på hele kroppen, men pasientens kjønnsorganer skal ikke berøres. Denne berøringsmetoden vil kunne styrke og bidra til et varmere forhold mellom pasient og pleier (Skovdahl & Sörlie, 2007).

### 3.2.2 Huden- et sanseorgan

Huden er vårt største sanseorgan, og består av tre lag: epidermis (overhuden), dermis (lærhuden) og subcutis (underhuden). Vi har mange ulike sanseceller i huden, og gjennom nerveendene i disse cellene som ligger mellom overhuden og lærhuden, kan vi kjenne at vi blir tatt på (Haug, Sand & Sjaastad, 1992). Huden vår fungerer som et nonverbalt kommunikasjonsmiddel. I berøringskontakt med andre mennesker, vil huden signalisere hvordan vi reagerer og opplever kontakten. Vi kan skifte farge, bli varm og avgi fuktighet som reaksjon på hudkontakt. Huden er en av våre primærsanser, og ved svikt av eventuelle sekundærsanser som syn og hørsel, kan huden til en viss grad kompensere for disse (Ertner, 2014, s. 78).

Ved god berøring av huden, frigis hormonet oksytocin. Det er et hormon som blant annet får oss til å slappe av og gi oss en følelse av velvære. Det skjer fordi oksytocin påvirker det autonome nervesystemet slik at både blodtrykk og puls senkes (Ertner, 2014, s. 96-97). Det er også viktig å ta hensyn til den biologiske forandringen som skjer med alderen. Eldre mennesker kan oppleve berøring annerledes enn da de var yngre, fordi huden har blitt tynnere og skjørere (Mensen, 2010, s 51-56).

### 3.2.3 Berøringens betydning

Vi mennesker er fra fødselen av avhengig av å bli stimulert med berøring av andre mennesker for å utvikle oss. Det har betydning for vår intellektuelle utvikling, i tillegg til de motoriske og sensoriske funksjoner. Det er også mulig å være hypersensitiv for berøring, det kan være mange grunner til det. Hvis årsaken er negative opplevelser som vold eller seksuelle overgrep, er det lett å forstå at man kan ha et ambivalent forhold til berøring (Ertner, 2014, s.19). Men for de fleste mennesker er berøring noe vi er avhengig av for å føle at vi lever. Fravær av fysisk kontakt kan for noen føre til depresjon og følelse av å være alene i verden, noe som kan oppleves som en meningsløs og trist tilværelse (Gamnes, 2011, s. 100). Måten berøring utføres på, er avgjørende for hvordan mottakeren oppfatter den. Den kan utføres med varsomhet og respekt, og da vil berøring virke som et kontaktskapende middel. Bli berøringen gitt på en hensynsløs og invaderende måte, kan det ha motsatt effekt og skape distanse mellom partene (Brodtkorb, 2010, s. 155).

Norman Autton skriver i sin bok om berøring viktigheten av at en også retter oppmerksomheten mot selve oppfattelsen av berøring (1990, s. 21). Ikke alle har ønske om å bli berørt, for noen kan det føles som en overskridelse av ens personlige grense og integritet. Det kan også være kulturelle eller familiære forskjeller i forhold til det å være nær hverandre ved bruk av kroppskontakt.

### 3.2.4 Berøring som kommunikasjonsverktøy til personer med demens

*Jeg gikk inn på pasientrommet der han satt alene og stirret tomt foran seg. Jeg forsøkte å snakke til han, han så på meg men så meg likevel ikke. Jeg satte meg ned og tok hånden hans, da myknet blikket og kontakten oppsto.*

Non- verbal kommunikasjon i form av berøring, er en kommunikasjonsform vi har benyttet oss mye av i våre praksisperioder i forhold til pasientgrupper med kognitiv svikt. Pasienter med kognitiv svikt responderer som oftest svært positivt på berøring. Ved å holde i hånden, eller legge en hånd på skulderen, oppnår man som regel kontakt og oppmerksomhet. Det kan virke som om kroppskontakt framkaller en trygghetsfølelse (Eide & Eide, 2007, s. 210).

Denne pasientgruppen kan ha ekstra behov for fysisk kontakt i hverdagen. De er prisgitt at personalet de omgir seg med, kan gi de menneskelig kroppskontakt som de mere naturlig ville

fått hvis de bodde sammen med sine nærmeste (Rokstad, 2008). Det å ha ei hånd å holde i, kan for disse menneskene gi en opplevelse av trygghet og ha en beroligende effekt (Munch, 2008).

### 3.2.5 Berøring som verktøy i sykepleien til den demente pasienten

*Han vandrer ikke lenger rundt i gangene. Han har satt seg ned i den vante stolen i stua. Han virker sliten, og maten som er satt frem foran han står fremdeles urørt. Som sykepleier ønsker jeg å hjelpe han, gjøre han trygg. Men jeg er usikker på hva som plager han. Er det smerter? Eller er han redd? Kanskje er han sliten fordi han var urolig gjennom natten. Han klarer ikke å formidle sine plager til meg, og det kan jeg forstå er frustrerende. Forsiktig setter jeg meg ned ved siden av han. Jeg bare sitter der en stund uten å gjøre eller si noe, slik at han blir vant til mitt nærvær. Kroppsspråket hans signaliserer at han synes det er greit at jeg sitter ved siden av han. Jeg forsøker å stryke han forsiktig over ryggen. Han snur seg mot meg og smiler og sier at det er godt. Vi blir sittende slik en god stund, og etter hvert merker jeg at han begynner å slappe av. Han begynner å prate til meg og etter hvert spiser han opp maten sin.*

For å bruke berøring som et verktøy i møtet med den demente pasienten trenger man ikke å ha noen formell bakgrunn som terapeut og man trenger ikke å benytte seg av en spesiell berøringsteknikk. Berøring kan være å stryke pasienten over kinnet eller på ryggen for å trygge pasienten i en situasjon. Man kan også gi berøring i mer planlagte former som ved taktil massasje. Den demente pasienten har ofte manglende språkforståelse og redusert evne til å kommunisere. Taktil massasje og berøring er en form for non-verbal kommunikasjon som kan bidra til å styrke forholdet mellom pasient og pleier, øke tillitten samt forenkle samhandlingen mellom pasient og pleier når de tradisjonelle kommunikasjonsmetodene svikter (Skovdahl & Sörlie, 2007).

## 3.3 Personorientert omsorg

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie, Norsk Sykepleieforbund (2007), står det at «grunnet for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet». Det handler om å ta vare på pasientens verdighet, vise respekt og gi trygghet slik

at han opplever mestring. Det vil si å være oppmerksom og nærværende, og prøve å skape gode øyeblikk sammen med pasienten, og akseptere alle som de er (Ertner, 2014, s. 225).

Det å forsøke å forstå pasientens adferd, og være villig til å prøve å sette seg inn i den andres opplevelse av situasjonen har betydning for pasient/sykepleier relasjonen (Munch, 2008, s. 315). Hvis man er villig til å sette seg inn i pasientens livshistorie, kan man lettere etterkomme og forstå hans behov selv om det ikke blir uttrykt på en tydelig måte. Selv om språket er fraværende er det mye som kan formidles gjennom øyekontakt, ansiktsuttrykk og berøring. Men vi kan også feiltolke signaler, og det er naturlig. Vi kan ikke være sikre på at vi til enhver tid forstår hva et annet menneskes behov er.

### 3.4 Sykepleierens rolle

Sykepleieren har som oppgave å dekke de grunnleggende behov hos sykehjemspasienten. Det er de fysiske behovene som pasienten selv ikke klarer å dekke, som for eksempel personlig hygiene og ernæring. Men sykepleieren skal i tillegg ivareta pasientens egenverd og behov for nærhet (Hauge, 2010, s. 229).

Ved taktil berøring vil sykepleieren være den utøvende parten, og må utvise profesjonalitet gjennom handlingen. Det blir viktig for å opprette tillit og fortrolighet til pasienten. I bunnen må det ligge kunnskap, opparbeidet både gjennom erfaring og teori. Men samtidig må man også benytte sine menneskelige sider og av og til legge profesjonaliteten litt til side (Ertner, 2014).

I sykepleieryrket finnes det et like stort mangfold av mennesker som i andre yrker. Vi er forskjellige av natur, og vi har ulike holdninger og erfaringer rundt det å skulle berøre andre mennesker. Men uansett vil sykepleierens måte å berøre på, ha innvirkning på pasienten. I artikkelen *Sykepleiere og berøring i forhold til eldre mennesker* (Jensen, 2001), brukes benevnelsene instrumentell berøring og ikke- instrumentell berøring. Instrumentell berøring brukes når det er snakk om bevisst berøring i forbindelse med stell og gjøremål, mens ikke-instrumentell berøring beskriver en mere emosjonell og ikke planlagt berøring, som for eksempel å holde en annens hånd. Uansett hvilken måte sykepleieren berører pasienten på, vil det ha en kommuniserende effekt. Berøringen vil enten ha som hensikt å lede til noe, eller å formidle en følelse (Johannessen, 1998, s. 20).

### 3.5 Etske hensyn

I vår oppgave har vi valgt å fokusere på den positive berøringen, den berøringen som føles godt for pasienten, og som gir han en god opplevelse og en følelse av velvære. Når vi som sykepleiere velger å tre inn i et annet menneske sin komfortsone er det viktig at vi tar noen forhåndsregler. Vi må tenke på pasientene som autonome enkeltindivider med ulike bakgrunner og som har hatt mange forskjellige opplevelser opp gjennom livet. Vi må forstå at det vil kunne være pasienter som av en eller annen grunn ikke ønsker eller vil føle seg komfortable med å bli berørt eller at vi kommer dem for nære. Når vi velger å benytte oss av berøring som verktøy i vårt arbeid med den demente pasienten, skal det alltid skje på pasientens premisser, berøringen skal utøves med respekt og forsiktighet og pasientens verdighet skal ivaretas (Skovdahl & Sørli, 2007). Kari Martinsen er i sin teori opptatt av at sykepleieren handler moralsk, og ut i fra enhver situasjon som oppstår, skal sykepleieren bruke sitt skjønn og sine erfaringer for å best mulig ivareta pasientens verdighet og integritet (Slettebø, 2009, s. 75-78).

### 3.6 Sykepleieteori

I vår oppgave ønsker vi å benytte Kari Martinsens omsorgsteori. Hun er en norsk, nålevende sykepleier med høyere utdanning innenfor filosofi og historie (Kristoffersen, 2011, s. 247). Kari Martinsen legger i sin teori vekt på sykepleierens omsorg og ansvar i forhold til de svakeste pasientene, de som ikke vil bli i stand til igjen å mestre livet sitt uavhengig av andre (Kirkevold, 1998, s. 168-182). Hun hevder at omsorg er et grunnleggende behov både for å overleve og i forhold til menneskelige relasjoner (Lillestø, 2010, s. 393-416). Kari Martinsen mener at omsorg har betydning både for den praktiske, moralske og relasjonelle utøvelsen av sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 168-182). For å yte god sykepleie, mener Martinsen at sykepleieren må gjøre seg kjent med pasientens livs- og sykdomshistorie, slik at det oppstår et personlig forhold mellom pleier og pasient. Hun legger vekt på at det i alle pleier/pasientsituasjoner er stor sammenheng mellom omsorg og relasjon. Det kan være knyttet til gjenvinning av verdighet, lindring eller hjelp til opprettelse av selvstendighet (Alvsvåg, 2010, s. 417-450). Videre mener hun at sykepleieutøvelsen ikke bare skal utføres, den skal utøves med omsorg og gjøres på en god måte (Kirkevold, 1998, s. 168-182). Hun

mener at for å skape en god relasjon i nuet, må sykepleier være mentalt tilstede og samtidig være oppmerksom på pasientens sinnsstemninger. Da kan hun fange opp pasientens behov. Men hun presiserer at omsorgen må gis uten forbehold, noe hun kaller generalisert gjensidighet. Med det mener hun at det ikke må forventes noe tilbake fra den som har mottatt omsorgen (Slettebø, 2013, s. 75). Martinsen hever at faglig skjønn hos sykepleieren er viktigere enn teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2011, s. 249). Omsorgen sykepleieren gir, vil til enhver tid basere seg på hvordan sykepleieren oppfatter situasjonen der og da. Noen vil si at dette grenser til paternalisme og ikke tar hensyn til pasientens autonomi, men Martinsen forsvarer dette med at i sykepleie til de svakeste av de svake, må sykepleieren handle etter skjønn og ta ansvar for pasientens hjelpebehov (Slettebø, 2013, s.75). Hun betegner sykepleieren som pasientens stedfortreder, men ikke i permanent forstand, men bare inntil pasienten har gjenvunnet sin egenomsorgsevne. I sin bok *Fra Marx til Løgstrup* (Martinsen, 2003, s. 152), skriver hun dette: *Den nødstedte skal bringes på fote igjen, så han får et selvstendig fotfeste. For ett eller annet sted har den nødstedte en ukrenkelighet, uansett hvor hjelpetrengende han er. Han er en selvstendig person som alle andre, og i denne respekten for forskjellen mellom oss ligger fellesskapet.* Kari Martinsen er også opptatt av at sykepleierens erfaringer fra praksis må være med på å heve forståelsen og utviklingen av sykepleiefaget, i samarbeid med forskning. Hun har hentet mye inspirasjon fra den danske teologen K. E. Løgstrup. I hennes bok «*Fra Marx til Løgstrup*», kommer det tydelig fram hennes beundring for Løgstrups samfunns- og naturengasjement (Martinsen, 2003, s. 18-24). Hun forteller i boken at Løgstrup har hatt stor betydning for hennes virke som sykepleier, og sier videre at gjennom ham har hun lært å være kritisk i forhold til sin utøvelse av sykepleie. Moral i forhold til menneskelige relasjoner er noe Løgstrup var ekstra opptatt av, han mente at vi alltid skulle handle til den andres beste.

Kari Martinsen har også hentet mye inspirasjon fra filosofene Husserl og Lipps. Herfra kommer mye av den fenomenologiske tenkemåten og fortolkningene av menneskenes sanselighet (Kirkevold, 1998, s. 168-182).

### 3.7 Humanvitenskapen, hermeneutikken og fenomenologien

Når det gjelder temaet berøring innenfor sykepleie, handler det i stor grad om tolkning og forståelse av et annet menneskes behov for kontakt. Dette er humanvitenskapelig relatert, i motsetning til naturvitenskapen, som handler om å forklare og oppklare (Dalland, 2014, s. 56-



59). Innenfor humanvitenskapen brukes det ofte en hermeneutisk tilnærming, hvor man er opptatt av å finne meningen med ting, og det handler til tider om å fortolke og å finne ut av uklarheter. Dette henger sterkt sammen med fenomenologien, som tar for seg menneskets opplevelse av omverdenen gjennom sansene. Følelsene våre preger hvordan vi forholder oss til andre mennesker, og er en grunnleggende faktor i forståelsen av oss selv og andre (Martinsen, 2003, s.109).

## 4.0 Drøfting

### 4.1 Den viktige berøringen

Fysisk berøring og nærhet er et grunnleggende behov som er viktig å få dekket for alle mennesker gjennom hele livet. For pasienter med alvorlig demens, og når livet går mot slutten, er det om mulig enda viktigere å oppleve å bli gitt omsorg til gjennom berøring enn ved andre stadier i livet (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012). Når evnen til å forstå det som blir sagt eller evnen til å formidle sine ønsker gjennom ord blir svekket, kan det å bli bekreftet gjennom berøring ha stor betydning. Som barn har man gjerne en mor og en far og kanskje søsken som gir en nærhet og kjærlighet. Videre gjennom livet har mange fått egne barn og en ektefelle som fyller disse behovene. Kanskje har man hatt et kjæledyr som en hund eller en katt som har stått en nær. Så nærmer slutten av livet seg, og kroppen blir skrøpelig og helsen svikter. For å få den helsehjelpen man trenger flytter man inn på et sykehjem. Her gis mat, stell og medisiner. Men er det noen som gir deg nærhet? Og er det noen som tar på deg? Vi velger å tro at disse behovene ikke blir mindre etter hvert som man blir eldre, skrøpelig og kanskje ensom. Snarere tvert imot. Vi tror at som beboer på et sykehjem har man ofte et enda sterkere behov for fysisk kontakt fra et annet menneske. Det kan være lett å føle seg alene når man er syk og maktesløs, og savnet etter fysisk kontakt kan forsterkes. Forskningen vi har benyttet oss av i denne oppgaven underbygger våre teorier, samt våre egne erfaringer gjennom jobb og praksis. Det viser seg at bruk av berøring kan ha en positiv effekt på pasienter med demens. Pasientene gir som oftest uttrykk for at de liker den fysiske berøringen, de slapper bedre av, sover bedre om natten og uønsket adferd kan reduseres (Skovdahl & Sörlie, 2007).

## 4.2 Ta på meg, men kun når jeg ønsker det!

Gjennom snart tre år som sykepleiestudenter har vi møtt mange pasienter, både gjennom praksisperioder og gjennom vår jobb i hjemmesykepleien. Vi har møtt pasienter i alle aldre, med ulik bakgrunn og med forskjellige helseutfordringer. Vi har størst erfaring med eldre pasienter, og vi har lært oss å kjenne flere pasienter med demens eller en eller annen grad av kognitiv svikt. Gjennom våre møter med denne pasientgruppen har vi fått erfare hvilken positiv effekt bruk av berøring har hatt på disse pasientene. Våre erfaringer har utelukkende vært positive, men vi har følt oss frem på når vi tenker at berøring har vært riktig å bruke, samt at det alltid har skjedd på pasientens premisser. I teoridelen viser vi til et eksempel på dette; der mannen omsider har satt seg ned i stolen i stua etter lang tid med uro og vandring i gangene. På dette tidspunktet er ikke mannen mottakelig for berøring, men ved å sitte ved hans side, og bare være der og skape trygghet, signaliserer mannen etter hvert gjennom sitt kroppsspråk at han begynner å slappe av og godta nærværet. Først da kan man forsiktig forsøke å tilnærme seg pasienten, og berøringen vil skje på hans premisser, samtidig som vi har følt oss frem og brukt faglig skjønn i situasjonen. Å kunne føle seg frem i situasjoner, og benytte seg av faglig skjønn er viktigere egenskaper enn teoretisk kunnskap hevder Kari Martinsen (Kristoffersen, 2011). Når det gjelder å tilnærme seg den demente pasienten, er vi enige i Martinsen sitt utsagn. Å føle og se an situasjonen, opplever vi er en stor del av hverdagen i arbeidet med denne pasientgruppen.

I den ene av forskningsartiklene vi har funnet vises det til fem pasienteksempler der det har blitt benyttet taktil berøring. Også her understreker funnene i studien viktigheten av at berøringen kun blir gitt når pasienten er mottakelig for dette. Hvis pasientene var urolige, rastløse eller ufokuserte, opplevde pleierne at det var vanskelig å nå frem til pasientene og utføre berøringen. For at pasientene skulle falle til ro og ønske å bli berørt, trengte de ofte tid til å bli forberedt på hva som skulle skje. Studien påpeker at det er viktig at den som utfører berøringen hele tiden er observant ovenfor pasientens signaler, og at man slutter berøringen umiddelbart hvis pasienten viser tegn til ubehag eller virker ukomfortabel i situasjonen (Skovdahl & Sörlie, 2007).

Pasienter har ulike og ofte komplekse historier med seg i bagasjen. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på dette i møte med pasienter som har mangelfulle evner til å kommunisere. Det vil eksempelvis finnes pasienter som kan ha blitt utsatt for overgrep i

barndommen. I et slikt tilfelle er det mulig at pasienten kan motsette seg, eller vil synes det er ubehagelig å bli tatt på. Pasienten skal aldri presses til noen han ikke vil, og vi som sykepleiere må forstå at det kan foreligge underliggende årsaker til at en pasient ikke ønsker å bli berørt eller tatt på. Kari Martinsen understreker viktigheten av at omsorg til pasienten skal gis uten forbehold. Dette kaller Martinsen for generalisert gjensidighet, hvilket betyr at vi som yter omsorg til pasientene, aldri skal forvente oss noe tilbake (Slettebø, 2013, s. 75). Når vi som sykepleiere velger å benytte oss av berøring overfor pasientene, er det viktig å ha Kari Martinsens tanker med oss på veien, at vi aldri skal forvente oss noe tilbake fra pasienten.

Det vi har funnet av fagstoff som omhandler bruk av berøring, viser at dette i de aller fleste tilfeller vil gi pasienten positive opplevelser. Men det er viktig å ha noen etiske betraktninger med seg når en velger å tre inn i et annet individ sin komfortsone. Når man velger å berøre et annet menneske vil dennes følelser kunne blottlegges. Det er derfor viktig å hele tiden være bevisst på hvilke signaler pasienten utviser under berøringen, og alltid vise han respekt underveis. Hvis pasienten viser tegn til ubehag eller at han føler seg ukomfortabel i situasjonen, skal den som berører stoppe umiddelbart. Samtidig har det betydning at den som utfører berøringen også er komfortabel med å yte en slik form for tilnærming ovenfor pasienten. Når det kommer til bruk av berøring i forhold til pasienter med demens må en tenke på at det kan være en utfordring å sikre seg at pasientens integritet og autonomi blir ivaretatt. Hvis pasienten ikke selv evner å uttrykke verbalt hvilke grenser han har, er det viktig at den som utfører berøringen klarer å fange opp de signaler han sender gjennom non-verbal kommunikasjon (Skovdahl & Sörlie, 2007). Hvis pasienten snur seg bort, virker unnvikende eller reagerer med sinne, vil dette kunne være signaler på at han ikke er komfortabel i situasjonen. Positive signaler fra pasienten kan gjerne ses i ansiktsuttrykket og på kroppsspråket. Samtidig vil det være nyttig for pleieren å ha en utviklet intuisjon eller en magefølelse på at pasienten virker positiv til berøringen (Jensen, 2001). Dette underbygges i tillegg av Kari Martinsen, som påpeker viktigheten av å være oppmerksom på pasientens sinnsstemninger, først da kan pleieren fange opp pasientens ønsker og behov (Slettebø, 2013, s. 76-77). I de artiklene vi har funnet om temaet betydningen av berøring til pasienter med demens, har det stort sett vært positive utfall som er beskrevet. Det er ikke gjort spesielle funn i disse artiklene som viser til direkte negativ respons på berøring. Men vi har heller ikke hatt fokus på eventuelle negative reaksjoner i våre søk. I Eli Johannessens (1998, s. 124-125) avhandling *Berøring er så mangt*, nevnes det enkelte situasjoner som kan gi negativ respons,

men hun har i likhet med oss, kommet fram til at det for det meste avhenger av at pleiepersonell ser an situasjonen i forkant, slik at negative situasjoner avverges.

### 4.3 Kommunikasjon er mer enn ord

Vi har erfart at bruk av berøring for å kommunisere eller for å oppnå kontakt og oppmerksomhet med pasienter med demens er en god og effektiv måte. Mange i denne pasientgruppen har mistet en eller flere av sine sanser, de kan ha svekket syn eller nedsatt hørsel. Den kognitive svikten gjør det i tillegg vanskelig å forstå det som blir sagt. Den non-verbale kommunikasjonen vil da være av stor betydning. For personer med kognitiv svikt, kan hva vi kommuniserer med kroppen oppfattes lettere enn det vi formidler med språk (Henriksen, 2008, s. 91). En beroligende arm på en skulder, eller ei hånd å holde i, har vi selv opplevd være kontaktskapende. I relasjonen til disse pasientene, handler det mye om å oppnå tillit, og den kan skapes nettopp med omsorgsfull berøring. Kari Martinsen er opptatt av sykepleierens tilstedeværelse i nuet for å oppnå en god relasjon (Martinsen, 2000, s. 29). I artikkelen «Sykepleiere og berøring til eldre mennesker», skriver Jensen at alle fire sykepleierne som var med i undersøkelsen rundt dette temaet, svarte at de mente fysisk berøring har betydning for å skape kontakt og for å opprette tillit (2001 s.131-141). Vi snakker da om den ikke- instrumentelle berøringen, den berøringen som utøves utenom pleiesituasjoner. Skovdahl og Sørliie skriver i sin artikkel at taktil berøring, den mere planlagte hudstimuleringen, også brukes for å bedre kommunikasjonen mellom pleier og pasient (2007, s.162-170). Ved bevisst berøring og hudstimulering, kan man vekke oppmerksomheten til pasienten for å starte kommunikasjonen. Men det kreves at den som utfører berøringen, er mentalt til stede for pasienten. Ellers vil pasienten gjennomskue at berøringen ikke er helhjertet, og da vil den miste noe av den gode effekten (Ertner,2014, s.187). Berøring er et godt alternativ som kommunikasjonsverktøy når språk, syn eller hørsel er redusert eller fraværende. Isolasjonen som kan oppstå ved tap av sanser, kan brytes med berøring og opprette samhandling og kontakt. Vi har opplevd at berøring skaper og starter relasjoner i flere av våre praksisperioder. I mange situasjoner oppleves det som om berøring er nøkkelen til god samhandling og kommunikasjon. Kari Martinsen gjør i sin bok om fenomenologi og omsorg betraktninger rundt Løgstrups skapelsesfenomenologi. Den tar i hovedsak for seg hvor viktig menneskene er for hverandre, og hvor stor betydning menneskelige relasjoner har i sykepleien (Martinsen, 2003, s.79).

Norman Autton skriver i sin bok om berøring, at ved å ta på hverandre bygges det en bro og et fellesskap, og avstanden mellom mennesker reduseres når vi blir bevisst hverandres kropp (1990, s. 21). Dette bekreftes i Kari Martinsens omsorgsteori. Hun er opptatt av menneskenes avhengighet av hverandre og hvordan vi sanser og forstår hverandre (Kirkevold, 2001, s. 178-179).

Vår erfaring er at berøring er en måte å forsterke det vi vil kommunisere. Til pasienter med kognitiv svikt, har vi sett at berøring i form av å holde hender, eller stryke over armen er effektivt i forhold til å oppnå kontakt. Det har også påvirket vår relasjon til pasienten. Vi opplever at ved å tørre å være nær, får vi nesten utelukkende positiv respons tilbake.

#### 4.4 Emosjonelle aspekter ved bruk av berøring.

Det å berøre et annet menneske er ikke bare fysiologisk betinget, det rører også ved vår emosjonelle side. I artikkelen *Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional*, kommer det frem at pleierne i undersøkelsen endret sitt syn på pasientene etter å ha brukt berøring bevisst i sin omsorg. De forteller at gjennom nærheten som oppstår ved berøring, evnet de bedre å se mennesket bak sykdommen og alderdommen (Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, 2003).

Hva ønsker vi å formidle når vi berører et annet menneske? Vi har erfart at berøring av personer med kognitiv svikt i de fleste tilfeller er positivt. Det er imidlertid mange måter å gjøre dette på, og ulike årsaker til at berøring benyttes. I forhold til pasienter som sliter med angst og depresjon, kan det å ha fysisk nærhet til et annet menneske virke beroligende og gi trygghet (Munch, 2008, s. 326). Det er som regel en spontan handling i det unike møtet med den enkelte pasient, som igjen vil være situasjonsbetinget. Kari Martinsens har en fenomenologisk tilnærming i sin sykepleieteori, og hun bekrefter viktigheten av å ta hensyn til det enkelte individs følelser og opplevelse av situasjonen (Martinsen, 2003, s. 97). Med det mener hun at som sykepleier må man være oppmerksom på pasienters sårbarhet, og la empatien komme til sin rett. Berøring kan være ment som trøst og for å vise sympati, eller det kan være for å gi oppmuntring og ros eller rett og slett for å fange oppmerksomhet. Den nonverbale kommunikasjonen vil da være avhengig av at den som gir berøringen er emosjonelt tilstede, slik at berøringen får den betydningen den skal ha. I artikkelen *Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste*

*Care*, bekreftes det at berøring har betydning for disse pasientenes følelse av å bety noe for andre og at de er verdifulle (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012).

Hva må til for at det skal oppstå et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier?

Som sykepleier møter man mange forskjellige utfordringer og situasjoner, og vi vil reagere ulikt som individer. I situasjoner som krever at en involverer seg følelsesmessig, vil det være stor forskjell på hvordan vi vil forholde oss til pasienten. For noen er det for eksempel naturlig å holde rundt hvis det skal gis trøst, mens det for andre vil være vanskelig å være så personlig. Sykepleieren har også sine egne grenser og egne erfaringer med berøring, som vil være førende for hvordan han vil reagere og håndtere situasjonen. Pasienten vil også reagere hvis sykepleieren ikke er bekvem med, eller bare halvhjertet gir trøst i form av berøring.

Sykepleieren må også evne å sanse når det kan være riktig å benytte berøring som kommunikasjon eller trøst. Det opparbeides gjennom erfaring med pasienter, selv om enhver situasjon vil være unik. Samtidig handler det også om å tørre å være nær et annet menneske. Vi har nesten utelukkende positive opplevelser fra praksis med å ta i bruk berøring av pasienter i forbindelse med å skulle gi trøst eller dempe uro. I den australske artikkelen *Touch, the essens of caring for people with end-stage dementia*, bekreftes våre positive erfaringer med berøring i den daglige omgangen med pasienter med demens. Resultatet av undersøkelsene gjort i 3 forskjellige omsorgsboliger for eldre, hvor undersøkelsen gikk ut på å finne ut hva det betyr for beboerne å ha fysisk kontakt med andre mennesker, viste at beboerne ble mere avslappet og glade. Dette ga også en positiv effekt på de pårørende og pleiemedhjelperne, som opplevde det godt at beboerne ga respons tilbake i form av å utrykke velbehag og glede (Nicholls, Chang, Johnson, & Edenborough, 2013). Til forskjell fra forskningen som ble gjennomført av Skovdahl og Sørli, hvor det ble benyttet en mere planlagt type berøring i form av forsiktig massasje og hudstimulering, ble det her sett på resultater ut ifra den daglige og mere spontane fysiske berøringen mellom pleier og beboer. Den taktile berøringen viste seg å ha effekt for å oppnå kontakt, skape tillit og for å starte kommunikasjonen, men det er mere usikkert om den ga like god beroligende effekt som den spontane, omsorgsfulle berøringen ga (Skovdahl og Sørli, 2007).

Personer med demens kan ha en forvridd virkelighetsoppfatning, og de kan oppleve å bli engstelig og redd i situasjoner som andre ikke opplever truende. Derfor er det viktig at pleieren i møtet med disse pasientene, har kunnskap om og evner å sette seg inn i hvordan

deres verden oppleves (Ertner, 2014, s.23). Her blir det igjen viktig å se mennesket bak sykdommen, og forsøke å oppnå kontakt og et fellesskap (Rokstad, 2009, s.69). Pasienter med kognitiv svikt har som alle andre mennesker behov for å bli inkludert og føle at de hører til. Ved å ta på pasienten på en vennlig og forsiktig måte, kan man gi bekreftelse til pasienten på at han er sett og regnet med. I de fire forskningsartiklene vi har brukt i oppgaven, har alle konkludert med at berøring har en tillitsskapende effekt, og at nærheten ser ut til å skape trygghet.

## 4.5 Du er verdifull

I regjeringens demensplan 2020, er hovedbudskapet at mennesker med kognitiv svikt skal møtes med forståelse og respekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre står det at alle som har demens skal føle at de blir sett og ivaretatt (Kapittel 3.3). Når mennesker får omfattende funksjonssvikt og kognitiv svikt, kan det være vanskelig å se hvem personen er eller engang har vært. Det å bli sett og bekreftet som et fullverdig individ, til tross for sykdom og manglende funksjoner er viktig for selvfølelse og verdighet (Kirkeveld, 2010, s.96). Men hvordan kan sykepleieren bekrefte og verdsette pasienter som er sterkt preget av kognitiv svikt? Edvardsson, Sandmann & Rasmussen (2003) har i sine intervju av helsepersonell som jobber med eldre mennesker, kommet fram til at den kontakten berøring mellom pasient og pleier gir, ser ut til å styrke pasientenes identitet og har positiv effekt på pasientens generelle psyke. Samtidig sier de at dette gjør noe med pleierens holdning og oppmerksomhet i forhold til pasienten, det oppstår en nærhet som minner pleieren på at den aldrende syke engang har vært et friskt oppegående menneske som en selv. For å kunne se mennesket bak sykdommen, påpeker Kari Martinsen viktigheten av å kjenne til pasientens livshistorie. Hun mener det er vesentlig for å kunne yte god sykepleie til de svake omsorgstrengende. Berøring er en fin måte å gi bekreftelse på at en annen betyr noe for noen, og for eldre mennesker som ikke opplever så mye nærhet, kan berøring fra pleiepersonell formidle en form for kjærlighet og trygghet (Ertner,2014). I praksis har vi erfart at mange eldre med alvorlig grad av demens, responderer godt på berøring ved at de blir mindre urolige og rastløse. Den berøringen kan være så enkel som bare det å holde ei hand. I vår praksis i sykehjem opplevde ofte at de eldre strakk frem hendene og ønsket å bli holdt. Nærhet er noe alle mennesker trenger, og selv om pasienten har alvorlig, kognitiv svikt betyr ikke det at de emosjonelle funksjonene er like svekket (Ertner,2014, s.220). I artikkelen til Edvardsson, Sandman & Rasmussen kommer det

frem at berøring til pasienter med en aldrende kropp, hjelper pasienten til å akseptere seg selv og kroppen, selv om kroppen vitner om å ha levd et langt liv (2003, s.601-609).

## 4.6 Begrensende faktorer

I artikkelen til Jensen har hun gjennom intervjuer spurt personalet om hva som kan være grunnen til at de ikke tar initiativ til å bruke ubevisst berøring. Noen sier at de føler de ikke opptrer profesjonelt og at det ikke er nok faglig tyngde bak bruk av ikke-instrumentell berøring (Jensen, 2001). Vi har alle et individuelt forhold til det å ha fysisk kontakt med andre mennesker, det kan være kulturelt eller familiært betinget, men også erfarings basert (Ertner, 2014). Vi tenker at det å berøre andre mennesker og føle seg frem i situasjoner for å vurdere pasientens signaler, ikke nødvendigvis er en egenskap alle sykepleiere innehar. Det finnes helt sikkert like mange forskjellige sykepleiere som det finnes forskjellige pasienter. Vi har alle vår egen historie som har påvirket oss, og gjort oss til det mennesket vi er. Pasienten vil fort kunne gjennomskue om den som utfører berøringen ikke er mentalt til stede, eller føler seg ukomfortabel i situasjonen, og da vil berøringen kunne miste den tiltenkte gode effekten (Ertner, 2014, s.187). Av respekt for pasienten og for pleiere som ikke er komfortable med bruk av berøring, tenker vi det ikke nødvendigvis vil være hensiktsmessig at alle som jobber med denne pasientgruppen benytter seg av berøring. Samtidig påpekes det i en artikkel i tidsskriftet Sykepleien at det er lite fokus på bruk av berøring i sykepleierutdanningen, og at dette kan være en annen årsak til at mange føler seg usikre på å skulle benytte seg av berøring (Hunt, Johannessen & Stramrud, 2008). Økt fokus på dette under utdanningen vil kanskje kunne bidra til at flere sykepleiere vil kunne føle seg mer komfortable med bruk av berøring i fremtiden. Tidspress og krav til effektivitet blir også oppgitt som grunn til at de ikke utfører denne form for pleie og omsorg. Personalet opplever ofte at de må nedprioritere å ta hensyn til pasientenes behov for nærhet. I forskningen har vi funnet at demenssymptomene pasientene opplever ofte lindres når de opplever nærhet. Ved bevisst bruk av berøring vil symptomer som angst, uro, vandring og agitasjon kunne reduseres, samtidig som at pasienten vil kunne føle økt trygghet, velvære og ro (Skovdahl & Sörlie, 2007). I en travel hverdag på sykehjemsavdelingen tenker vi det vil kunne være tidsbesparende å være i forkant av situasjoner som eventuelt vil kunne oppstå. Personalet oppgir tidspress som en grunn til at bruk av berøring ikke blir prioritert. Vi tenker at i det lange løp vil det likevel være fornuftig å sette av tid til berøring, siden dette over tid kan gi beroligende effekt og da være



tidsbesparende. Kari Martinsen legger stor vekt på sykepleierens omsorg og deres ansvar i forhold til de sykeste pasientene i sin teori (Kirkevold, 1998, s. 176). Vi mener at bruk av berøring kan være en god måte å vise omsorg på til pasienter med alvorlig demens, samtidig som vi opplever at det er relasjonsskapende. Forskning vi har funnet forteller oss at denne pasientgruppen kanskje er de som trenger å bli berørt aller mest, men at disse pasientene dessverre er de som oftest blir oversett når det gjelder å vise omsorg gjennom berøring (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012).

## 5.0 Konklusjon

Vår problemstilling for oppgaven er: Hvordan kan bruk av berøring til sykehjemspasienter med alvorlig demens bidra til å dempe symptomer på sykdommen og gi dem en bedre hverdag? Gjennom praksis og jobb har vi erfart at bruk av berøring har hatt en svært positiv effekt på pasienter med alvorlig demens. Med denne oppgaven ønsker vi å underbygge våre erfaringer med funn fra forskning som omhandler dette temaet.

Som nevnt innledningsvis i oppgaven forventes det en fordobling av personer som vil utvikle en demenslidelse frem til 2050 ettersom den forventede levealderen i befolkningen øker (Folkehelseinstituttet, 2015). Demens er en alvorlig og kronisk sykdom som over tid vil forverre seg (Berentsen, 2010, s. 350-365). Vi anser derfor det som svært viktig å jobbe for å gi denne pasientgruppen en så god hverdag som mulig. Å bruke berøring bevisst ovenfor denne pasientgruppen, mener vi kan være et enkelt og viktig tiltak som både kan lindre sykdommens symptomer og gi pasientene en bedre hverdag, i tillegg til å styrke relasjonen mellom pasient og pleier.

I arbeidet med denne oppgaven har vi funnet ut at det er sammenfall mellom forskningen vi har benyttet oss av, faglitteratur og egne erfaringer. Tre av artiklene omhandler det vi velger å kalle den dagligdagse berøringen, men som på fagspråket omtales som ikke-instrumentell berøring. I den fjerde artikkelen beskrives en annen berøringsform, taktil berøring, som er berøring som skjer i mer planlagte former enn den dagligdagse berøringen. Personlig har vi selv kun erfaring fra førstnevnte berøringsmetode.

Generelt sett tyder funnene i forskningsartiklene som omhandler den dagligdagse berøringen på at denne berøringsmetoden har en positiv effekt på pasientene. Pasientene opplever økt velvære, trygghet, økt selvfølelse og opptrer mindre urolige. I tillegg viser funnene i disse studiene at bruk av berøring bidrar til en nærmere relasjon mellom pasientene og pleierne. Funnene i forskningen underbygger de erfaringene vi selv har gjort oss gjennom våre møter med pasienter med alvorlig demens.

Funnene i studien som omhandler den taktil berøringen er noe mer varierende. For pasienter med demens som har utfordringer med å kommunisere verbalt, så kunne denne berøringsmetoden virke som en verdifull måte å styrke forholdet mellom pasient og pleier. Som non-verbal kommunikasjon viste studien at taktil stimulering kunne være en kilde til trøst, omsorg og virke beroligende både for pasientene og pleierne. Men funnene viste videre

at pasientene i studien ikke alltid var motivert eller mottagelige for å bli berørt under mer planlagte former. Ofte var pasientene for urolige til å kunne ha utbytte av taktil berøring (Skovdahl & Sörlie, 2007).

Alle studiene har en viktig felles faktor, der det påpekes viktigheten av at all berøring skal skje på pasientens premisser og at den som utfører berøringen hele tiden opptrer ydmyk i forhold til det å skulle tre inn i et annet menneske sin nærmeste sfære.

Funnene viser at berøring blir benyttet for å oppnå kontakt og til starte en samhandling mellom pasient og pleier. Forutsetningen for å at dette skal fungere, er at det finnes en viss samhörighet mellom partene. Det har kommet frem i undersøkelsene at det har stor betydning at pleierne er tilstede mentalt, og at de er oppmerksomme på og tar hensyn til hvilke signaler pasienten som blir berørt gir. Den ubevisste berøringen fra pleierne i det daglige er med på å dekke et grunnleggende behov hos pasienten som de tidligere kanskje har fått dekt av familie, og det ser ut til at det har betydning at berøringen utføres med trygghet og tilstedeværelse av pleierne. Funnene antyder at den nærheten som oppstår mellom pasient og pleier ved bruk av ubevisst berøring, er med på å styrke pasienter med demens sin følelse av å bety noe for andre og å føle tilhörighet. Det helsepersonell oppga som begrensende faktorer i forhold til bruk av berøring, var mangel på tid og krav til effektivitet, samt at noen følte at mangel på kunnskap rundt det å benytte berøring hemmet dem.

Vårt håp og vår misjon med denne oppgaven er å kunne tydeliggjøre hvilken effekt det kan ha på pasientene når vi viser dem omsorg ved å berøre dem. I forskningen kan vi lese at mangel på fysisk kontakt i verste fall kan føre til kroppslig isolasjon samt emosjonelle tilknytningsvansker hos pasientene. Samtidig sier forskningen at det ikke bare er pasientene som kan oppnå fordeler gjennom å bli berørt. Både pleiere og pårørende vil kunne oppleve mindre frustrasjon og håpløshet i situasjoner med pasientene, samt oppleve å føle seg mer avslappet og komfortable i deres samspill med pasientene (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2012).

Å øke kunnskapen blant sykepleiere og andre som daglig omgås denne pasientgruppen, håper vi kan føre til at flere vil tørre å vise omsorg gjennom berøring. Dette peker i tillegg Løkhaug Jensen på i sin artikkel som en sentral faktor for å kunne legitimere berøring som en viktig sykepleieferdighet. Hun sier videre at det burde forskes mer på bruken av bevisst berøring for å kunne yte bedre pleie til denne pasientgruppen (Jensen, 2001). Kari Martinsen ser også viktigheten av dette. Hun mener at pleiernes erfaringer fra praksis i kombinasjon med

forskning vil kunne være med på å øke forståelsen og bidra til utvikling av sykepleiefaget (Kristoffersen, 2011, s. 257-258).

Vi har erfart at bruk av berøring kan gjøre en forskjell for pasienter med demens, og gjennom den forskningen og litteraturen vi har lest, har vi fått bekreftet dette. Vi håper dette temaet vil bli skjenket mer oppmerksomhet i fagmiljøet i fremtiden, og at forskningen vil fortsette på området

## Referanser

- \* Alvsvåg, H. (2010). Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg., s. 417-450). Oslo: Akribe AS.
- \*Autton, N. (1990). *Berøring: Berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein forlag.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s. 350-365). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2010). Stellet- mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \* Ertner, L. D. (2014). *Berøring: i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- \* Edvardsson, J. D., Sandman, P.-O. & Rasmussen, B. H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing* 12(5), 601-609. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00754.x>
- \*Folkehelseinstituttet (2015). *Demens*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s.71-105). Oslo: Akribe AS.
- \*Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, Ø. V. (1992). *Menneskets fysiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- \*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117>
- \*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>
- \*Hunt, C., Stramrud, S. & Johannessen, B. (2008). Bruk berøring bevisst. *Sykepleien*, 96(5), 67-69. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2008.0007>
- \*Jensen, L. T (2001). Sykepleiere og bruk av berøring i forhold til eldre mennesker på sykehjem. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2001(3), 131-141.
- \*Johannessen, E. (1998). *Hvordan er sykepleierens opplevelse og erfaring med bruk av berøring?* (Hovedoppgave). Oslo: Akademika AS.
- Kirkevold, M. (2010). Overordnede prinsipper for geriatrisk sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s.207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg., s. 393-416). Oslo: Akribe AS.
- Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H: Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg., s. 51-56). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- \*Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Munch, M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smedbye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 313-339). Oslo: Akribe AS.

\*Nationalforeningen for folkehelsen (2017). *Alzheimers sykdom*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>

\*Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A. & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, 17(5), 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.751581>

Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smedbye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 152-179). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smedbye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe AS.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Skovdahl, K. & Sørli, V. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 162-170. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3.2007.00056.x>

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smedbye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe AS.

Vedlegg 1: PICO-skjema

<b>Søkeprosess for bacheloroppgave i sykepleie.</b>			
<b>Problemstilling:</b> <i>Hvordan kan bruk av berøring til sykehjemspasienter med alvorlig demens bidra til å dempe symptomer på sykdommen og gi dem en bedre hverdag?</i>			
<b>P</b> <b>Pasientgruppe/ problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon</b>	<b>C</b> <b>Sammenligning</b>	<b>O</b> <b>Effekt</b>
Dementia  Elderly	Touch  Tactile stimulation  Nurse-patient relation		Care  Mental health



## Vedlegg 2: Søkehistorikk PubMed

Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
Touch	1997-2017	21825		
Dementia	1997-2017	132026		
Care	1997-2017	1528348		
Nurse-patient relation	1997-2017	20853		
Mental health	1997-2017	213529		
Elderly nursing	1997-2017	97327		
Tactile stimulation	1997-2017	4160		
Touch AND dementia	1997-2017,	212		
Touch AND dementia AND nurse-patient relation	1997-2017,	21	2	1
Touch AND dementia AND care AND mental health	1997-2017,	11	2	1

--

Inkludert artikler: «*Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional*» av Edvardsson, Sandman & Rasmussen, (2003).

«*Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care*» av Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough (2013).

«*Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care*» av Skovdahl & Sørli (2007).