



Undervisningssjukeheimen for Buskerud
Ål bu- og behandlingssenter, Ål kommune

Fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling i dei kommunale helse- og omsorgstenestene



Prosjekt Aktiv Omsorg

Taktil Stimulering tilpasset

personer med demens

Juni, 2010

Ved Olaug Viken og Lene Ertner

Berøringspedagoger Taktil Stimulering

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	3
Bakgrunn	3
Personlig motivasjon – en viktig drivkraft	3
Intensjon og målsetting	4
2 Målgruppe: Personer med demens	5
Hva er demens?	5
10 tegn på demens	5
3 Beskrivelse av virkemiddel: Taktil Stimulering	6
Om metoden Taktil Stimulering	6
Håndberøring – lav-terskel taktil berøring	6
4 Gjennomføring i praksis	7
Utøvere	7
Rammebetingelser	7
Frivillighet og individuell tilpasning	7
Deltakere	7
Opplegg for delmål 1: Utprøving av metoden i praksis for pasienter	8
Opplegg for delmål 2: Spre kunnskap til personalet	9
Analyse av resultater	9
5 Presentasjon av funn og resultat	10
Pasient 1: Forbedret døgnrytme og opphør av motorisk uro	10
Motorisk uro og vandring avtok	10
Bedre regulering av søvn og våkenhet	10
Økt velvære og livskvalitet	10
Mulighet for kommunikasjon med omverdenen	11
Økt sirkulasjon gir bedre gjenkallingsevne?	11
Positive observasjoner fra pårørende	11
Pasient 2: Håndfast berøring – "Enkelt og følbart"	11
Berøringspedagogens opplevelser	14
Tilbakemeldinger fra ansatte	14
6 Diskusjon	16
Deltakerne	16
Berøringspedagogens rolle	16
7 Konklusjon	17
Refleksjon	17
Veien videre	17

Litteratur

Vedlegg 1-3.

1 Innledning

Bakgrunn

I henhold til Stortingsmelding nr. 25 ”Mestring, muligheter og mening” og Omsorgsplan 2015 foreslår regjeringen å ”styrke forsknings- og utviklingsarbeidet knyttet til omsorgstjenestene og eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens”. Det legges også vekt på at dette skal skje i nært samspill med kommunesektoren slik at fokus legges på den praksisnære omsorgsforskningen. Et delmål er å skape mer aktiv omsorg med fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak, hvilket igjen krever økt tverrfaglighet i hjelpeapparatet. I tråd med dette har det vært utlyst stimuleringsmidler nettopp til Aktiv Omsorg, og dette prosjektet er muliggjort med slike midler.

I daglig arbeid med personer med demens - mennesker med kognitiv svikt, kan det være en utfordring å finne gode måter og nå fram til personen. Det er etter hvert en utbredt erkjennelse at vi ikke kommer i mål med bare medikamenter. ”Det er et paradoks at jo mer sårbar hjernen er, jo mer medikamenter som kan skade hjernen brukes” (Geir Selbæk & Harald A Nygaard, Demens og Alderspsykiatri vol. 13 - nr. 1-2009). Når vi vet at 30.000 personer i gruppen over 70 år og eldre bruker antipsykotika i Norge, og fagfolk advarer mot bruk av disse medikamentene til denne målgruppen, da er det gode grunner til å forsøke miljøtiltak.

Personlig motivasjon – en viktig drivkraft

Undertegnede startet samarbeidet som ligger til grunn for prosjektet på bakgrunn av et interessefellesskap med ønske om å bidra med berøringskontakt til pasientenes beste.

”Etter at jeg hadde deltatt på et foredrag om berøring, ved Lene Ertner, fikk jeg tro på berøringsmetoden Taktil Stimulering som et hjelpemiddel til å få pasienter med demens ut av angst og uro. Det å bare døyve angst og uro med antidepressiva kan ikke alene være et mål.” - Olaug Viken.

Utfordringen er å gi denne pasientgruppen supplerende omsorgstiltak for å dempe angst og uro og demme opp for depresjon, primært som følge av ensomhet, lite sosialt nettverk og lite stimuli utenfra (ref. Geir Selbekk).

Vi kan aldri gjøre pasientene frisk og vi kommer aldri i mål med medikamenter.

Hva gjør vi da?

Miljøterapi er en vei å gå. Samlet sett fokuserer miljøtiltak først og fremst på noen av våre primære sanser: syn, hørsel, lukt og smak. Følelsessansen, huden, som faktisk er vårt største organ og sanseorgan, er kanskje ikke like bevisst involvert, selv om stimulering av den er helt grunnleggende for vår opplevelse av verden og ikke minst bearbeiding av andre sanseinntrykk.

Når vi i tillegg vet at et liv på institusjon frarøver pasienten mange berøringsopplevelser som hører til det livet de har levet, er det også stor grunn til å se nærmere på hvordan man kan bidra til bevisst å gi personer med demens et "taktilt påfyll" for å gjenopprette noe av denne ubalansen.

Intensjon og målsetting

Intensjonen med prosjektet har vært å kunne få frem mer kunnskap om og erfaring med bruk av berøringsmetoden Taktil Stimulering og på sikt tilby sansestimulering¹ også via denne metoden til pasienter i situasjoner der det antas å være til nytte og glede. For å få dette til i praksis og som en integrert del av gjøremål ved avdelingen, slik at det på sikt vil kunne bli en del av omsorgskulturen, har vi hatt en todelt målsetting:

1. Nyutdannet berøringspedagog skulle som ledd i en 20% fagutviklingsstilling utforske og prøve ut metoden systematisk for å dyktiggjøre seg og bli trygg i anvendelse av berøringsmetoden i praksis.
2. Øke kjennskap til og erfaring med berøringsmetoden Taktil Stimulering som ledd i å berede grunnen for at denne miljøbehandlingsmetoden skal kunne bli integrert i omsorgskulturen.

Målsettingen har derfor vært at vi gjennom prosjektet skulle prøve ut berøringsmetoden Taktil Stimulering som miljøtiltak for personer med demens med vekt på systematisk evaluering av tiltaket.

¹ ”Sansestimulering innebærer at en ved hjelp av ulik tilnærming / ulike former for stimulering av sansene påvirker personen til å bli mere våkne eller bli beroliget. Målsetningen er i hovedsak at personen skal ha en passe grad av våkenhet som gjør at han eller hun reagerer hensiktsmessig på stimuli fra omgivelsene.” (Psykiatrisk poliklinikk/Molde Sjukehus: www.helsenr.no)

2 Målgruppe: Personer med demens

Hva er demens?²

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Personen som rammes blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen går forverringen fort (2-3 år), hos andre langsomt (8-10 år) og hos noen enda langsommere.

Omlag 60 prosent av personer med en demensdiagnose lider av Alzheimers sykdom mens vaskulær demens er den nest hyppigste formen og regnes for å være årsaken hos omkring 10-20 prosent av pasientene.

Demens kan også forekomme ved en rekke andre mer sjeldne hjernesykdommer som for eksempel frontotemporal degenerasjon (frontallappdemens eller Picks sykdom), Lewy-legeme sykdom og Parkinsons-sykdom.

10 tegn på demens³

- Hukommelsestap som påvirker arbeidsevnen.
- Problemer med å utføre vanlige oppgaver.
- Språkproblemer.
- Desorientering i forhold til tid og sted.
- Svekket dømmekraft.
- Problemer med abstrakt tenkning.
- Feilplassering av gjenstander.
- Forandringer i humør og atferd.
- Atferdsforandringer.
- Tap av initiativ.

I visse faser av demenssykdomsutviklingen kan personen være preget av taktil skyhet og dermed kunne reagere negativt på berøring. Et hvert tiltak må være individuelt tilpasset og selvfølgelig frivillig, for om berøringen oppfattes negativt vil integriteten krenkes. Autonomi, medbestemmelse, pasientens behov og ønsker skal respekteres når sykepleiefaglige avgjørelser skal tas. Det sykepleiefaglige verdigrunnlaget bygger dessuten på den hippokratiske etikken som innebærer forbud mot å påføre pasienten skade og påbud om å gjøre det som er best for pasienten. (Etikk og kommunikasjon Åse-Marion Hansen og Lars Gunnar Lingås). Med tanke på demenssykdom må det derfor tas hensyn til eventuelt manglende samtykkekompetanse⁴ hos pasienten. I så fall må nærmeste hovedpårørende gi opplysninger om hva pasienten selv hadde ønsket om hun eller han kunne ha valgt selv.

² Hentet fra *Faktabrosjyre om demens*. (Brækhus/Dahl/Engedal/Laake, 2005)

³ Nasjonalforening for folkehelsen, 2006-2009: Lastet ned fra: www.nasjonalforeningen.no

⁴ Ref. Kapittel 4a i pasientrettighetsloven (omhandler samtykkekompetanse).

3 Beskrivelse av virkemiddel: Taktil Stimulering

Om metoden Taktil Stimulering

Taktil Stimulering er naturlig berøring satt i system, utviklet av Gunilla Birkestad (2004) og benyttet i helse- og skolesystemet i Sverige over en årrekke. Generelt kan berøring gi opplevelsen av stressreduksjon, smertelindring, avkobling, gi impulser og økt livskvalitet. Metoden er ikke en form for behandling, verken medisinsk eller alternativ, men den kan betegnes som en omsorgspedagogisk innsats eller sansestimulering.

Metoden er ikke-invasiv og tar utgangspunkt i noe som er vesentlig for normal omsorg for oss mennesker. Den gir anledning til å bevisst tilføre berøring som støtte i daglig omsorg og pleie.

Forskning har vist at berøring som ved Taktil Stimulering kan anbefales for å skape fred og ro, lindre smerte, øke kommunikasjon og sosial kontakt, styrke immunforsvaret, forbedre mage- og tarmfunksjon, øke kroppsbevisstheten, understøtte nervesystemets organisasjon, gi støtte ved sykdom/aldring/sårskader/funksjonshemminger og i palliativ pleie mv., det vil si bidra til trivsel, velvære og opprettholde god helse.

Metoden er like godt egnet for voksne, barn, gamle og unge.

Taktil Stimulering er en bevisst og strukturert form for berøring for å aktivere huden – vårt største og først utviklede sanseorgan. Metoden bygger på hvordan vi naturlig stryker oss over huden når vi smører oss inn eller vasker oss selv. Strykingen og ulike kvaliteter av trykk eller å holde hendene stille, følger et bestemt system for å gi en opplevelse av gjenkjennbarhet og trygghet. Dette bidrar til at kroppen raskt kan balanseres (koble av eller også revitaliseres).

Når berøringen gis direkte på huden benyttes som regel oljer for å underlette berøringen.

Metoden kan utføres som en hel kroppsbehandling (på benk/i seng) og varer da effektivt i om lag 40 minutter, men som et miljøtiltak for denne pasientgruppen vil det være mest naturlig å ta i bruk deler av metoden, og gi eksempelvis kun håndberøring – sittende i en godstol.

Håndberøring – lav-terskel taktil berøring

Håndberøring kan antas å være et lavterskel-tilbud når det gjelder taktil berøring. Hendene er lett tilgjengelig (trenger ikke å ta av tøy). Hendene er også "sosiale soner" i form av at vi ofte bruker dem aktivt i møte med mennesker, for eksempel til å hilse på hverandre. Avhengig av personlighet, tidligere taktile erfaringer og sykdomsutvikling kan det imidlertid oppleves invaderende å bli berørt andre steder på kroppen. Derfor var det et naturlig valg for meg å gi håndberøring når denne pasientgruppen skulle få berøring etter metoden Taktil Stimulering.

Taktil Stimulering utføres alltid med respekt for den enkeltes selv bestemmende rett og integritet.

4 Gjennomføring i praksis

Utøvere

En og samme berøringspedagog, Olaug Viken, har gjennomført all berøringsinnsats overfor pasientene som deltok. Lene Ertner, ekstern berøringspedagog, har fungert som prosjektleder og støttepiller og deltok ved håndberøring overfor ansatte.

Rammebetingelser

Tiltaket er gjennomført i form av håndberøring, med gode og varme hender.

For å skape og understreke gjenkjennbarhet og trygghet ble hver økt med berøringsinnsats utført på samme premisser:

- På brukerens rom, en til en
- Med god varme i rommet
- Dempet belysning
- Rolig musikk (lik hver gang)
- Vegetabiliske luktfrie oljer
- Alltid god tid

Frivillighet og individuell tilpasning

Ved utprøving av berøringsmetoden Taktil Stimulering skal det tas hensyn til pasientens ressurser, behov og problem. Ethvert tiltak skal være frivillig, og det er viktig å gå varsomt fram og tilrettelegge behandlingen på brukerens premisser. Det er vesentlig å hele tiden arbeide i relasjon til pasientens reaksjoner, prøve å forstå hva pasienten formidler og tilpasse behandlingen deretter.

Deltakere

Person 1: I samarbeid med leder ble det i første omgang valgt ut en pasient som opplevdes å ha utfordrende atferd og hvor man så nytten av å kunne ta i bruk et nytt miljøtiltak for å møte pasienten og gi denne økt livskvalitet. Pasienten var en 88 år gammel dame. Hun hadde gjennom det siste året utviklet stadig økende kognitiv svikt. I tillegg hadde hun hatt astma i mange år samt opplevde mye smerter i rygg og føtter. Disse plagene gjorde naturlig nok noe med hennes livssituasjon. I perioder var hun motorisk urolig og sa selv at hun hadde ”fryktelig indre uro”. Døgnrytmen hennes var dessuten svært oppstykket, hun sov kun korte perioder sammenhengende om natten og så sliten og trøtt ut.

Person 2: Den andre pasienten som fikk håndberøring ble valgt ut på grunnlag av at hun ofte var motorisk urolig og vandret rundt i avdelingen. Hun har dårlig hukommelse (både Alzheimer og vaskulær demens), dårlig kroppsoppfattning og et stort behov for oppmerksomhet og trygghet. Jeg hadde også hatt inntrykk av at hun over lang tid hadde vært i en vedvarende tilstand av stress, og holdningsmønsteret signaliserer angst. Derfor ønsket vi å la henne prøve metoden Taktil Stimulering i håp om at det kunne bidra til bedre balanse i det

autonome nervesystemet - mellom aktiviteten i det sympatiske (kamp- og fluktreaksjoner) og det parasympatiske (fred og ro) nervesystemet.

Opplegg for delmål 1: Utprøving av metoden i praksis for pasienter

Faser i utprøvingen for pasient 1:

1. Før utprøving av tiltaket
 - a. Døgnrytmeregistrering i fem dager.
2. Utprøving av berøringsmetoden – del 1
 - a. Taktil Stimulering gis planlagt ca. 10 min. inntil tre ganger/uke, til sammen 10 ganger
3. Utprøving av berøringsmetoden – del 2
 - a. Taktil Stimulering gis planlagt ca. 10 min. inntil tre ganger/uke, til sammen 10 ganger
4. Utprøving av berøringsmetoden – del 3
 - a. Taktil Stimulering gis planlagt ca. 10 min. inntil tre ganger/uke, til sammen 10 ganger

I alle perioder med berøringsinnsats ble følgende dokumentasjon foretatt:

- Kontinuerlig føring av døgnrytmeskjema i denne perioden
- Dokumentert i Gericar når berøringsinnsats er gjennomført
- Berøringspedagog fører egne notater i loggbok

Utprøving for pasient 2⁵:

1. Utprøving av håndberøring
 - a. 10 ganger á ca. 20 min. over 8 uker

Følgende dokumentasjon ble foretatt:

- Skjema for å kartlegge velvære⁶
- Berøringspedagog fører egne notater i loggbok

⁵ I løpet av denne prosessen fikk berøringspedagogen kjennskap til et opplegg for håndberøring (som bygger på metoden Taktil Stimulering) i regi av GERIA – Oslo kommunes kompetansesenter for personer med demens og fikk delta på dette. Som en del av opplegget inngikk å prøve ut denne metoden for en pasient (heretter kalt pasient 2).

⁶ Videreutviklet av Myskja/Vålerenga bo- og servicesenter og Lyngroth/GERIA 2004 etter prosjektet "Individualisert musikk i eldreomsorgen", et prosjekt ved tre sykehjem i Oslo (Myskja/Lyngroth 2001)

Opplegg for delmål 2: Spre kunnskap til personalet

Om lag et halvt år forut for dette prosjektet hadde hele avdelingen kunnet delta på en dag med foredrag om berøring. På denne måten var temaet allerede noe kjent blant personalet.

Som ledd i målsettingen for prosjektet la vi opp til følgende for å øke kjennskap og erfaring med metoden hos personalet:

- Orientering om prosjektet på internmøte
- Repetisjon om berøring og Taktil Stimulering
- Orientering om fagutviklingsstillingen – krav og forventninger til denne
- Muligheter for avdelingen på kort og lang sikt
- Orientering om prosjektet ”Aktiv omsorg” for personer med demens
- Invitasjon til kollegaer om å bidra med det de observerer og evt. også lære underveis slik at prosjektet også kan høste av dette
- Åpen invitasjon til personalet om en ”Prøve-dag
- Anledning til å prøve og kjenne på egen hud og kropp hva Taktil Stimulering går ut på i form av arm/håndberøring

Analyse av resultater

Vi har benyttet en kvalitativ tilnærming for å skape forståelse for resultatene og de erfaringene vi har tilegnet oss.

Mens man ved kvantitative undersøkelser forsøker å avdekke utbredelsen og styrken av et fenomen, kan man gjennom kvalitative undersøkelser søke å forstå selve fenomenet – hvorfor det arter seg slik det gjør, samt hva slags betydning det har for den enkelte. En annen måte å si det på er at kvantitative undersøkelser fremskaffer objektive beskrivelser basert på tall – mens kvalitativ metode forsøker å beskrive den subjektive siden av saken ved hjelp av ord. ”Fremstillingen tar sikte på å skape forståelse” (Dalland, 2007).

5 Presentasjon av funn og resultat

Pasient 1: Forbedret døgnrytme og opphør av motorisk uro

Pasienten var en 88 år gammel dame. Hun hadde gjennom det siste året utviklet stadig økende kognitiv svikt. I tillegg led hun av astma, var preget av smerter, var ofte motorisk urolig og sa selv at hun hadde ”fryktelig indre uro”. Døgnrytmen hennes var dessuten svært oppstykket, hun sov kun korte perioder sammenhengende om natten og så sliten og trøtt ut.

Pasienten tok villig imot tiltaket helt fra starten av. Allerede første gangen gav hun uttrykk for at hun likte den rolige musikken, den dempede belysningen, og hun sa at håndberøringen var ”deilig”. Dette ble en god start både for pasienten og for meg som berøringspedagog – starten på mange interessante observasjoner og verdifulle opplevelser for oss begge.

Det var for øvrig viktig å se an ”doseringen” fortløpende. Det var viktig å begynne i det små og gi pasienten tid til tilvenning.

Motorisk uro og vandring avtok

Motorisk uro og vandring avtok gradvis og ble så godt som borte innen avslutningen av tredje innsatsperiode. Hvorvidt dette skyldtes at tiltaket bidro til å avhjelpe pasientens indre uro (fordi berøring og nærvær kan styrke tilhørighet og trygghet) eller fordi det bidro til smertelindring, eller det skyldtes helt andre årsaker, ja det kan vi jo ikke vite. Men at det ble en tydelig reduksjon og tilnærmet opphør av motorisk uro og vandring i løpet av perioden, ja det synes tydelig på atferdsskjemaene.

Bedre regulering av søvn og våkenhet

Med tanke på deler av målsettingen startet vi opp med Taktil Stimulering på kveldstid med den intensjon at hun skulle sove bedre om natta. På denne måten håpet vi at bedre søvnkvalitet skulle gjøre henne mer våken og opplagt og mindre urolig. Ut fra døgnregistreringen så vi imidlertid at dette ikke var tilfelle. Tvert imot, det viste seg at hun ble mer våken mot natta. På det grunnlaget antok vi at hun ble vitalisert av berøringen, hvilket kan skje når man i utgangspunktet er understimulert. Så vi snudde på flisa. For å gi henne uttelling for dette bidraget til våkenhet på dagtid (og ikke ”forstyrre” nattesøvnen) forandret vi tidspunktet for berøringsinnsatsen til formiddagstid. Det viste seg å gi mer struktur på døgnet allerede i andre innsatsperiode hvor vi på døgnrytmeregistreringsskjemaene ser at dag- og nattrytmen ble tydeligere, med lengre sammenhengende perioder med søvn og våkenhet.

I starten sovnet pasienten ofte etter 8-10 min. og dubbet av en stund. Utover i behandlingsforløpet dubbet hun ikke av så tidlig for hver gang, men var mer nærværende og deltakende i verbal kommunikasjon.

Økt velvære og livskvalitet

Ut fra pasientens egne uttalelser var det tydelig at hun kunne nyte og ta imot berøringskontakten og at det hadde en positiv innvirkning på hennes velvære.

- *Har det så godt atte.*
- *Deilig.*
- *Takk skal du ha, jeg kommer gjerne igjen.*
- *Godt for medmenneske og hendene*

Mulighet for kommunikasjon med omverdenen

Mer våkenhet i løpet av hver økt med berøringsinnsats gav også rom for mer verbal dialog etter hvert. Ved et tilfelle ble situasjonen også en mulighet for å lette hjertet:

I dag sovnet hun ikke under behandlingen som hun pleier å gjøre. Hun virker trygg. Det slår meg at hun har noe på hjertet. Etter avsluttet behandling blir jeg derfor sittende en stund og så begynner hun å gråte. Da kommer det som tynger henne i dag. ”Jeg savner mor, far og sønnen min”, sier hun. Hun peker bort på familiebildet og sier ”han gutten som sitter på fanget mitt på bildet der er død, det er så trist”.

Hva det er som utløser denne situasjonen er jo ikke klart. Men jeg tror det har betydning at hun er blitt berørt (det gjør oss generelt mer meddelsomme), at ritualet med berøringen er gjenkjennbart og trygt og at hun opplever at hun kan dele og at jeg ved å ha fokusert oppmerksomhet på henne oppdager og venter på det hun har på hjertet. Slik ble situasjonen også en mulighet til å dele det som er vanskelig, det som kanskje ligger under og gir indre uro, og emosjonell gråt kan slippes fri.

Økt sirkulasjon gir bedre gjenkallingsevne?

Håndberøring kan ikke kurere kognitiv svikt, men være et bidrag til økt sirkulasjon, som kanskje kan være grunnen til følgende slående gjenkallingsevne:

I forbindelse med håndberøringen i dag kommer hun inn på kortstokken som ligger på fellesstua (hun har vært en ivrig kortspiller). ”Den har bare 36 kort”, sier hun.

”Hvor mange skal det være da?”, spør jeg. ”52”, svarer hun og fortsetter ”så den kan de bare kaste”. Etter behandlingen går jeg inn på stua og teller kortene. Jeg kommer til 38 kort!

Positive observasjoner fra pårørende

I forbindelse med et pårørende møte, en uke etter at siste innsatsperiode var avsluttet (like oppunder jul) ble det skriftlig rapportert i Gerica at pårørende hadde lagt merke til følgende:

- Hun pustet bedre (bedre av astmaen?)
- Hun er blitt bedre, roligere og mer harmonisk, virker som hun har slått seg mer til ro på avdelingen.

Pasient 2: Håndfast berøring – ”Enkelt og følbart”

Aller først, utsagnet ”enkelt og følbart” er hentet fra pasientens eget utsagn og beskrivelse av opplevelsen av å få Taktil Stimulering. En av gangene jeg gav henne håndberøring spurte jeg etterpå ”hvordan føles dette da?”, jo, ”enkelt og følbart” svarte hun med letthet i stemmen. Og hun sier jo vanligvis ikke stort, og derfor var det så overraskende for meg, tenk at hun med tre ord beskrev hele opplevelsen i et nøtteskall.

Kvinnen på 87 bor på skjermet enhet (for personer med demens) på sykehjemmet der jeg jobber. Hun har hatt Alzheimer og Vaskulær demens siden år 2000, med tendens til å være engstelig og plaget av angst. Personen er vanligvis motorisk urolig og vandrer rundt i avdelingen, hun har dårlig hukommelse og kroppsoppfatning, og samtidig et stort behov for oppmerksomhet og trygghet.

Første gang

Jeg forberedte meg med vegetabilsk olje, passende musikk og håndkle - og laget det hyggelig på hennes rom med passe lys og varme. Hun satte seg i godstolen og jeg fikk lov å holde henne i hendene. Jeg prøvde å forklare henne at jeg skulle massere hendene hennes. Da jeg tok fram oljen ble hun skeptisk og sa ”du må ikke søle olje på kjolen min”. Jeg dekket derfor kjolen godt til med håndkledet før jeg begynte. Etter en liten stund så hun på meg og sa ”hva er dette for noe da, jeg liker ikke olje på hendene mine”. Jeg var lydhør for reaksjonen hennes og avsluttet da etter ca 2-3 minutter. En liten stund etter dette ble hun så urolig at hun måtte få 5 mg Vival.

Varsomhet og respekt tenker jeg, er dette et resultat av tidligere negative taktile erfaringer som kan utløse taktile defensive reaksjoner⁷?

Alt dette kunne være mulige forklaringer til at hun ikke klarte å ta imot håndberøringen denne dagen. Det skal sies at jeg i et øyeblikk tenkte at dette ble første og siste gang med håndberøring for henne. Men, jeg tenkte også at jeg hadde lyst til å gi det en ny sjanse og at da måtte jeg fokusere på å skape en trygg situasjon. Da var min oppgave å ta utgangspunkt i pasientens reaksjon og tilrettelegge behandlingen for henne. Det innebar at jeg var spesielt lydhør og gikk gradvis fram samtidig som jeg lot henne få sette egne naturlige grenser.

Andre gang

Denne dagen sitter hun på rommet i godstolen, hun får tilbud om håndmassasje, hun lurte på hva det er for noe for hun husker ikke at hun har fått det før. (Korttidsminnet er svekket.) Denne dagen gikk det mye bedre, jeg brukte også hennes egen håndkrem i stedet for olje. Hun så undrende på meg og smilte. (Det tok jeg som et tegn på at hun likte berøringen.)

Tredje gang:

Hun er rolig når jeg møter henne der hun sitter i godstolen og smiler. ”Det var godt” sa hun mens jeg holdt på med berøringsinnsatsen på høyre hånd. Etter berøringen sier hun flere setninger som jeg ikke har hørt henne si tidligere: ”Du er så flink til å synge” sier hun plutselig til en medpasient i avdelingen, som nynner på en sang.

⁷ Taktile defensive reaksjoner vil si å reagere negativt eller uhensiktsmessig på berøringsstimuli og skyldes en overlevd primitiv refleks (Birkestad, 2006).

En tilfeldig dag på vakt

En dag jeg kommer på aftenvakt har hun allerede fått Vival kl 15.00 fordi hun har vært så urolig. Jeg setter meg ned sammen med henne og så sier hun, ”det er kaos inni meg, jeg lurere på om ungene har lagt seg.” Vi snakker en stund om barna og så tilbyr jeg henne håndmassasje i håp om at ting skal bli litt klarere for henne.

En stund senere er det tid for kveldsmat så vi går ut på kjøkkenet og setter oss til bords. Av og til er det slik at hun ikke skjønner at hun skal drikke av koppen, heller ikke at maten skal inn i munnen. Men denne kvelden går det så greit, hun spiser og drikker selv og koser seg. Var det medisinen eller håndberøringen som hadde virket?

Fjerde gang

Noen dager senere er jeg på jobb igjen og hun takker ja til tilbudet om håndmassasje (jeg bruker ordet massasje da jeg tror det er lettere å forstå).

Vi rigger oss til på hennes rom og setter på musikk. Mens jeg holder på med berøringen sier hun ”hvor er ringen min med den røde steinen, den fikk jeg av en mørk kjekk kar.” Da erindrer jeg hva som hendte for flere måneder siden da hun ramlet på gulvet og fikk brudd i håndleddet. Fingrene hovnet opp og ringen måtte tas av. Den ble låst inn i medisinskapet og der lå den fortsatt. Ingen hadde husket på den før hun kommer på dette selv.

Så en søndag på vakt

Så en søndag har jeg aftenvakt. På rapporten jeg mottar blir det formidlet at pasienten har vært urolig siden kl 12.00 på formiddagen. Hun vil bare hjem til mor og far og vandrer rundt i avdelingen for å finne veien hjem. Den andre pleieren går sammen med henne en lang stund, men uroen blir bare verre av det og 5 mg Vival var like rundt hjørnet ...

Jeg tok mot til meg. Skulle jeg nå prøve med berøring (SOM FØRSTEHJELP?) siden det virket så kaotisk for henne?

Jeg bestemmer meg for å prøve, tar henne med meg inn på rommet (avgrenset område), plasserer henne i godstolen og tar et fast grep om begge hendene hennes. Jeg begynner med høyre hånd selv om hun er i ferd med å reise seg opp fra stolen, hun "faller" tilbake i stolen og lar meg få utføre berøringen. Etter ca 5 minutter kommer det et lettelsens sukk, hun begynner å puste rolig og jeg kan observere at skuldrene senker seg. Jeg fortsetter en liten stund til og damen lukker øynene og jeg ser glede i hennes ansikt, hun faller til ro.

Så en tilfeldig fagutviklingsdag

En dag jeg hadde fagutviklingsdag og var opptatt med håndberøring hos en pasient oppsto følgende situasjon på avdelingen. En av personalet observerte denne pasienten - som var så urolig at hun vurderte situasjonen som vanskelig og gikk til avdelingsleder for å be om tillatelse til å gi 5 mg. Vival. Lederen stilte spørsmål til pleieren om ikke jeg var på jobb og hadde anledning til å forsøke håndberøring før man grep til medikamenter. Pleieren tok kontakt med meg og så snart jeg hadde fullført berøringsinnsatsen hos den pasienten jeg var

hos, la jeg til rette for å gi håndberøring til den urolige pasienten. Jeg fulgte de vanlige ritualene jeg hadde etablert for håndberøring (inne på rommet, musikken mv.). Effekten var at pasienten falt til ro. Dette var i forkant av middagen. Pasienten deltok ved måltidet, var rolige utover ettermiddagen og hadde også hatt en god natts søvn.

Berøringspedagogens opplevelser

På spørsmål om hvordan arbeidet hadde opplevdes svarte Berøringspedagogen umiddelbart følgende:

”Jeg synes det har vært avslappende og behagelig å få sette seg ned med pasienten – og både gi og få berøring sammen med pasienten. Situasjonen har opplevdes som en gjensidig utveksling. Godt å få trekke seg tilbake inne på et rom sammen med pasienten, skape en koselig atmosfære. Det har vært nesten som en pause fra hverdagen for oss begge, og i en travel hverdag innen pleie kan det i seg selv være et bidrag til et roligere miljø på hele avdelingen?” (Olaug Viken)

Ut fra notater og refleksjoner i loggbok og via samtale med veileder kan noen av erfaringene sammenfattes slik:

- Styrket følelsen av å ville pasienten godt (eks. lage det hyggelig, ønske å være sammen med, bli glad i)
- Styrket lydhørhet for pasientens verbale og non-verbale utsagn og dermed skreddersy kontakten til pasientens beste
- Mulighet til å hjelpe pasienten til å bli mer samlet og fungere bedre i hverdagen
- Økt bevissthet rundt det å skape forutsigbarhet og dermed trygghet for pasienten
- Mulighet til å etablere tillit til pasienten

Jeg vil få framheve at det å bidra med håndberøring gav en tydelig og positiv ramme for å gi pasienten en mulighet til en helt spesiell kontakt (nærvær og evt. samtale). Min opplevelse var også at stundene med berøringskontakt var preget av jevnbyrdighet mellom pasienten og meg – vi var der sammen, som medmennesker på en måte. Jeg kunne også kjenne at situasjonen var fri for prestasjonsangst for meg mens jeg holdt på med berøringsinnsatsen, i motsetning til det jeg opplevde da jeg gav til kollegaene. I møtet med pasientene var det som om vi begge klarte å slappe helt av, gi og ta imot.

Tilbakemeldinger fra ansatte

Et halvt år før prosjektet kom i stand hadde ansatte ved avdelingen hatt anledning til å delta på en dags foredrag om berøring og Taktil Stimulering. Slik sett hadde personalet noe kjennskap til temaet.

For å orientere om prosjektet og skape oppmerksomhet om det pågående arbeidet deltok vi med informasjon på et internmøte. Det skulle imidlertid vise seg at oppmøtet var lite, og dermed var det relativt sett få som fikk ta del i det vi skulle formidle. Men de som var tilstede var positive og nysgjerrige på våre vegne. For å spre innholdet til alle ansatte ble presentasjonen fra møtet hengt opp på informasjonstavla til personalet.

Dette sammen med praktiseringen av metoden overfor brukerne på avdelingen hadde nok skapt en positiv nysgjerrighet som gjorde personalet åpne for selv å ville prøve metoden da det senere ble gitt anledning til det.

Ved oppslag på avdelingen ble alle ansatte invitert til ”prøve-dagen” – uttrykt som en belønning for all god hjelp med å føre døgnrytmeskjemaene. Det var ingen forhåndspåmelding, men vi gjorde oss tilgjengelige i et gitt tidsrom for de som hadde lyst til å prøve håndberøring. Jeg må bare innrømme at jeg var veldig spent på om noen i det hele tatt ville komme og prøve. Vi hadde satt av en time (to berøringspedagoger) til dette formålet.

Overraskelsen ble stor da det viste seg at vi holdt det gående i ett sett i nærmere tre timer. Til slutt viste det seg at samtlige ansatte på jobb denne dagen tok imot tilbudet. Dette inkluderte alt fra sykepleiere og hjelpepleiere til kokk og renholder, 12 personer totalt! For 11 av dem har vi notater fra subjektive tilbakemeldinger, mens for en av dem har vi kun indirekte tilbakemelding via uttalelse til kollega. De fleste av personalet hadde positive forventninger og var nysgjerrige på metoden viste det seg. Her er noen umiddelbare kommentarer:

- *Det virker veldig behagelig, både med berøring og musikk. spennende å se hva Olaug driver med.*
- *Har lyst til å prøve, har forventninger om at det gjør godt.*
- *Synes det høres spennende ut. Se hva slags effekt det kan være.*
- *En blant personalet var mer avventende og hadde antakeligvis ikke tenkt å prøve metoden, men da andre blant personalet var så positive etter prøvingen ble hun så vidt nysgjerrig at hun ikke kunne la det være, tross skepsis.*
- *Det var et tilbud som det var vanskelig å avslå. De første som hadde fått Taktil Stimulering kom med positive tilbakemeldinger.*

Etter håndberøringen kom det mange umiddelbare kommentarer om opplevelse av en tilstand av ro, avslapning, behag og velvære.

- *Rolig i hele kroppen.*
- *Beroligende, avslappende.*
- *Det dukket også opp tanker om at dette nettopp vil være godt for pasientene.*
- *Dette må være godt for de gamle og ensomme.*
- *En nevner også at det ikke ble ubehagelig nært.*
- *Ble varm, ikke ubehagelig nært.*

Den personen som var mest avventende og som uttalte at hun knapt hadde trodd hun skulle ta imot håndberøringen klarte faktisk å ta imot. Hun karakteriserte dessuten opplevelsen som behagelig, selv om hun gav uttrykk for at hun ville måtte prøve det igjen – antakelig for å bli mer fortrolig med metoden og oppleve de positive effektene av den. Det positive sett med våre øyne var jo i dette tilfellet at hun på bakgrunn av erfaringen nettopp ikke avslø muligheten for gjentakelse, men var åpen for å prøve det igjen.

- *Behagelig, men ikke revolusjonerende, det må nok prøves ut mer på meg.*

6 Diskusjon

Hensikten med prosjektet var å prøve ut, dokumentere og beskrive hvordan berøringsmetoden Taktil Stimulering påvirker personer med demens, samt å vekke interesse hos og spre kunnskap til personalet. Vi er takknemlige for denne muligheten, og mener vi har fått frem et rikt materiale ut fra de ressursene vi har hatt tilgjengelig.

Deltakerne

Begge deltakerne ble etter tilvenning til metoden rolige og avslappede i løpet av stundene med håndberøring. Tiltaket virket i visse tilfeller også svært samlende. Det var primært positive kommentarer, knapt skepsis. Den ene deltakeren tok imot tilbudet hver gang, mens den andre personen trengte mer tid i startfasen for å bli komfortabel med situasjonen. Dette viser viktigheten av at tiltaket er planlagt slik at pasienten er forberedt, og at man går forsiktig fram (Skovdahl, 2007).

Berøring styrker også kroppssoppfatningen og kan dermed ha positiv effekt i retning av å gi økt tro på egne ressurser, økt selvstendighet og evne til å ta initiativ. Håndberøring kan dessuten bidra til økt fornemmelse av hendene og dermed gjøre hendene anvendbare for pasienten igjen (Ardeby, 2003). Så kanskje var berøringsinnsatsen et avgjørende bidrag til å avhjelpe kaoset og gjøre matsituasjonen håndterbar?

Berøring øker blodsirkulasjon til hjernen (bedrer hukommelsen og gjenkaller gamle minner). Var håndberøringen en utløsende faktor eksempelvis da den ene pasienten delte minnet om ringen hun en gang hadde fått, - og som nå er borte?

Berøringspedagogens rolle

Som nevnt opplevde jeg at bruken av håndberøring ved Taktil Stimulering var et verdifullt verktøy i forhold til å oppnå en nær og god kontakt med deltakerne (pasientene). På linje med en studie gjennomført av Skovdahl m.fl. (2007) er det vanskelig å trekke slutninger om hvorvidt de positive effektene på kontakten og brukerne skyldes selve berøringen eller den økte oppmerksomheten jeg viet pasientene i form av tiden vi tilbrakte sammen på grunn av tiltaket. Det kan også være at musikken spilte positivt inn, eller det å skjerme pasienten fra omgivelsene inne på eget rom. Uansett, sier også Skovdahl, virket det som at håndberøringen er et egnet verktøy for å gi supplerende omsorg til pasienter som trenger å øke ro og velbehag.

Med tanke på den praktiske gjennomføringen vil jeg også framheve viktigheten av at tiltaket må gjøres likt hver gang og være planlagt over tid slik at pasienten er kjent med metoden. I tillegg må innsatsen kontinuerlig justeres i forhold til de mulige virkninger man opplever at sansestimuleringen har (eks. påvirkning på våkenhet[5]).

7 Konklusjon

Refleksjon

Vår erfaring viser at deler av metoden Taktil Stimulering som håndberøring har positiv effekt på personer med demens som trenger ro og trygghet.

Håndberøring er etter vår erfaring et velegnet verktøy for å gi supplerende omsorg til denne målgruppen, men det må være planlagt slik at pasienten er forberedt og vi må gå gradvis fram slik at pasienten blir komfortabel med situasjonen.

Det å sitte sammen en til en, ritualet og hele situasjon har i sin helhet bidratt til en ramme for nær og god kontakt med pasientene.

Det er vanskelig å trekke slutninger om hvorvidt de positive effektene på kontakten og brukerne skyldes selve berøringen eller fra den økte oppmerksomheten pasientene har fått. Dette er også i samsvar med en studie gjennomført av (Skovdahl.2007).

Det er klart at det sikkert er flere sider ved det jeg har gjort som har virket positivt inn, alt fra at det var et en til en tiltak-(nærvær i det hele tatt hjelper jo)-musikken osv., og kanskje ikke bare berøringen?

Som hjelpepleier har likevel min opplevelse vært at jeg med berøringsmetoden Taktil Stimulering har fått et verktøy som både kan brukes forebyggende (planlagt) og for å bryte situasjoner med tiltagende uro (akutt) når pasienten fra før av er kjent med metoden som miljøbehandling.

Taktil Stimulering har i dette prosjektet vært mest positivt med tanke på å øke ro og velbehag.

Veien videre

Det har vært en spennende tid. Både pasienter, ansatte og undertegnede har fått nytte godt av bevisst og strukturert berøringsinnsats. Så er spørsmålet, hva med veien videre?

Flere av de ansatte lurte også på dette. Nysgjerrigheten er vekket og lysten til å lære mer er der hos noen. Andre tror fortsatt det bare er å sette i gang med håndberøring. Vi må derfor erkjenne at vi ikke har nådd helt frem med hvor mye bakgrunnskunnskap og praktisk erfaring som er nødvendig for å sette i gang med et bevisst berøringstiltak. En ting er å heve kvaliteten i berøringskontakten ved instrumentell berøring (eks. stellsituasjon, mating). Noe helt annet er det å legge opp, gjennomføre og evaluere et tiltak for en pasient dersom man ikke har den teoretiske kunnskapen som metoden Taktil Stimulering bygger på (Birkestad, 2008).

I dette prosjektet gjennomførte jeg håndberøring både i løpet av tid avsatt til fagutvikling og som del av vanlig turnusjobbing, dette for å få gjennomført alle øktene med berøringsinnsats i løpet av det aktuelle tidsrommet. Som pleiepersonale har man gjerne et behov for å forsvare bruk av tid og oppmerksomhet i ulike situasjoner. Det å "bare være sammen med" pasienten uten å gjøre noe annet kan oppleves som ikke viktig nok sammenlignet med å utføre andre aktuelle oppgaver. Men, det å gi håndberøring tror jeg vil kunne oppleves som en tillatelse til å forsvare bruk av tid til en-til-en tiltak for pasienten.

Når det er sagt ser jeg også utfordringen i å sette av skjermet tid til et en-til-en tiltak for flere pasienter hvis det skal gjøres integrert i arbeidshverdagen som pleier i turnus. Spørsmålet er om det er mulig å få tilstrekkelig tid og oppmerksomhet samt forutsigbarhet rundt tiltaket – hvilket er min erfaring at må til for å lykkes.

Med tanke på å fortsatt tilby berøring som sansestimulering ved avdelingen ser jeg for meg følgende organisering:

1. Det utdannes en Berøringspedagog til:
 - a. Miljøet blir mindre sårbart ved fravær/gjennomføring av turnus
 - b. Vi vil kunne skape et fagmiljø og støtte hverandre
 - c. Gir et bidrag til intern kvalitetssikring
2. Personalet for øvrig kan få mer skoling i berøring
 - a. Skaper enda større forståelse for hva bevisst berøring kan bidra med, og når berøring ikke skal gis
 - b. Vil kunne heve kvaliteten på de øvrige pleieoppgaver som innebærer berøringskontakt – gir dem enda mer kompetente hender

Litteratur

- Ardeby, Siv (2003): *När orden inte räcker*. Stockholm: Ambosantus.
- Ardeby, Siv (2005): *Arbeta med beröring och bemötande*. Stockholm: Ambosantus.
- Birkestad, Gunilla (2008): *Beröring i vård och omsorg*. Estonia: Ófeigur förlag.
- Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Uvnäs Moberg, Kerstin (2000): *Lugn och beröring*. Stockholm: Natur og Kultur
- Uvnäs Moberg, Kerstin (2009): *Närhetens hormon*. Stockholm: Natur og Kultur
- Geir Selbæk, Harald A. Nygaard: *Antipsykotika til eldre: Faren er kjent – forskrivningspraksis fortsetter som før*. Demens/Alderspsykiatri. Nasjonalt kompetanssesenter for aldring og helse Oslo universitetssykehus, Ullevål
- Skovdahl K., Sørli V. & Kihlgren M. (2007): Tactile stimulation associated with nursing to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing* 2, 162-170
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening*.

Vedlegg 1: Døgnrytmeregistreringsskjema før oppstart (pasient 1)

REGISTRERING AV DØGNRYTME / ATFERD

Navn:..... Født:.....

Registreringsskjemaet er et hjelpemiddel til å få oversikt over pasientens døgnrytme/atferd og evt. endringer over tid. Unngå for mange variabler, max 6 problemområder, evt. når problematferd *ikke* er tilstede.

Unngå også sammensatte registreringer som for eksempel: sint/spytte/slå/sparke.

Skjemaet må sees i sammenheng med pleieplan og iverksatte tiltak.

kl/ dato	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Anmerkning
1/10																									
2/10																									
3/10																									
4/10																									
5/10																									

SYMBOLFORKLARINGER:

☐ = Søvn

☐ = Våken / Rolig

☐ = Våken / trist

☐ = Aggressiv

☐ = Verbal / Urolig

☐ = Motorisk uro

Symbolfeltene skraveres med ulike farger. Eks.: Gult markerer at pasienten sover. I anmerkingsfeltet noteres eventuelle utenforliggende faktorer som har betydning for pasientens atferd/døgnrytme, f.eks. uro i avdelingen, besøk, osv.

R:\AALSEKTOR\FELLES-HELSEKVALITETSSIKRING HELSE OG SOSIALSEKTOREN\Demens utredning og skjema\Registrering av døgnrytme-arferd2.doc

Fargekoder:

- Grønn = Søvn
- Gul = Våken/Rolig
- Rosa = Motorisk urolig

Vedlegg 2: Døgnrytmeregistreringsskjema etter fullført berøringsinnsats (pasient 1)

REGISTRERING AV DØGNRYTME / ATFERD

Navn:..... Født:.....

Registreringsskjemaet er et hjelpemiddel til å få oversikt over pasientens døgnrytme/atferd og evt. endringer over tid. Unngå for mange variabler, max 6 problemområder, evt. når problematferd *ikke* er tilstede. Unngå også sammensatte registreringer som for eksempel: sint/spytte/slå/sparke. Skjemaet må sees i sammenheng med pleieplan og iverksatte tiltak.

k/ dato	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Anmerkning	
26/1																										
27/1																										
28/1																										
29/1																										
30/1																										
31/1																										
1/2																										

SYMBOLFORKLARINGER:

	= Søvn		= Våken / Rolig		= Våken / trist
	= Aggressiv		= Verbal / Urolig		= Motorisk uro

 Taktil Stimulering

Symbolfeltene skraveres med ulike farger. Eks.: Gult markerer at pasienten sover. I anmerkingsfeltet noteres eventuelle utenforliggende faktorer som har betydning for pasientens atferd/døgnrytme, f.eks. uro i avdelingen, besøk, osv.

R:\AAI\SEKTOR\FELLES-HELSEKVALITETSSIKRING HELSE OG SOSIAL SEKTOREN\Demens utredning og skjema\Registrering av døgnrytme-arferd2.doc

Fargekoder:

- Grønn = Søvn
- Gul = Våken/Rolig
- Rosa = Motorisk urolig

Vedlegg 3: Utsagn fra personalet ved håndberøring

Ordrett tilbakemelding fra kollega-håndberøring (før/etter)

Før: Det virker veldig behagelig, både med berøring og musikk. Spannende å se hva Olaug driver med.

Etter: Ble trett og rolig.

Før: Har lyst til å prøve, har forventninger om at det gjør godt.

Etter: Det var godt. Følte velvære, avslappende, musikken gjorde og til at det var avslappende.

Før: Nysgjerrig på denne metoden.

Etter: Avslappende. Vart rolig.

Før: Det var et tilbud som det var vanskelig å avslå. De første som hadde fått Taktil Stimulering kom med positive tilbakemeldinger.

Etter: Behagelig, men ikke revolusjonerende, det må nok prøves ut mer på meg.

Før: Olaug jobber i avdelingen, spennende, helt klart at dette er viktig. Anspent i dag, lurte på om jeg klarer å slappe av.

Etter: Avslappet og rolig. Kjenner gjennomstrømninger i kroppen, armene. Dette må være godt for de gamle og ensomme.

Før: Hadde ingen formening om berøring på forhånd, var helt blank. Men ble nysgjerrig og ville prøve når alle andre gjorde det.

Etter: Ble varm, ikke ubehagelig nært, sammenlignet med hunden sin – ”hun forlanger å bli berørt – han gir seg ikke før han får det som han vil – dyr avviser aldri berøring.”

Før: Nysgjerrig, godt å bli tatt på.

Etter: Avslappende, godt, trygt, fin musikk.

Før: Spent på hva dette er.

Etter: Godt, absolutt.

Før: Ønsker å prøve fordi jeg både har sett og hørt mye om Taktil Stimulering.

Etter: Opplevelsene var veldig avslappende og god, en slags følelse av velbehag.

Før: Har prøvd det før, godt.

Etter: Rolig i hele kroppen.

Før: Synes det høres spennende ut. Se hva slags effekt det kan være.

Etter: Beroligende, avslappende.

For en av de ansatte har vi ingen egen tilbakemelding fra, men en kollega hadde møtt henne i garderoben, og kommet med følgende uttalelse:

Hun sa hun virkelig kjente det altså, og var så begeistret.