

# Prosjektrapport

# Tilstedeværelse gjennom hudberøring



Illustrasjonsfoto: Shutterstock.com

Marianne Børsheim og Karen Skurtveit Moe, 2015

## Introduksjon

Til sammen 6 ansatte ved to sykehjem i Stavanger og Sandnes har gitt hudberøring med fokus på tilstedeværelse til 5 pasienter, to ganger pr. uke i 12 uker. Det er kartlagt døgnrytme i forkant og under prosjektet, og kartlagt velvære før og etter hver berøringsbehandling.

## Bakgrunn

Vi er en sykepleier og en vernepleier som ut fra eget ståsted har fattet stor interesse for hva hudberøring kan bidra med i vårt arbeid med eldre pleietrengende. Begge er autoriserte Rosenterapeuter. Under en praksisperiode fikk en av oss tillatelse til å gi planlagt hudberøring over tid til et par beboere på sykehjemmet hvor hun arbeider. Responsen på berøringen var svært god og inspirerte til videre undring. Avdelingslederen der ble også inspirert og kom med forslag om å søke støtte til et prosjekt gjennom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

I en stadig mer presset hverdag på sykehjem ser vi at det er omsorgsrollen som blir skadelidende. Effektivitet og tempo blir prioritert. Personalet blir bedt om gjøre det som er mest nødvendig, samtidig som en ser at det er et stort behov for nærhet og tilstedeværelse. Vi lever i en tid der det blir lagt mye vekt på kompetanse og tekniske ferdigheter. En del av samspillet med pasienter skjer på avstand. Ofte er dette ubevisst. Dette har også med den enkelte helsearbeiders væremåte å gjøre. Vi er alle forskjellige. Eldre syke er i en svært sårbar livssituasjon. Mange klarer ikke selv å uttrykke sine behov. De er helt avhengig av pleiepersonalet. Da trenger vi personer som har evnen til å være tilstede og gi av seg selv. Her trengs bevisstgjøring. Hva vil det si å være tilstede både fysisk og psykisk?

Med egne erfaringer som grunnlag ble målet med prosjektet formulert. Å få bevisst berøring av huden inn som et miljøtiltak i eldreomsorgen og at det dermed blir en naturlig del av omsorgskulturen.

I prosjektet har vi ikke lagt vekt på en spesiell berøringsteknikk, men hatt fokus på ro og tilstedeværelse. Woodfield (2004, s.10 I: Ertner, s. 115) sier at du ikke trenger en profesjonell utdanning som fysioterapeut eller massasjeterapeut for å kunne gi lindring og oppmuntring eller formidle kjærlighet med hendene dine. Det er viktig å ha med seg at forutsetningen for at berøring og nærhet skal oppleves positivt av mottakeren, må den som gir det faktisk ønske å gi det (Rokstad 2005).

Marit Kirkevold skriver i «Omsorg» nr.4 2001:

*«Når en er gammel, skrøpelig og hjelpetrengende er verdighet ikke primært et abstrakt og høyverdig ideal. Som gammel og skrøpelig kjennes verdighet og uverdighet på kroppen – i de mest mondene situasjoner. Verdighet er i sin natur relasjonell. Det er noe man får gjennom andres påaktelse, anerkjennelse og respekt. I klinisk praksis kan verdighet både skjenkes og frarøves.»*

Respektfull sansestimulering ved bevisst berøring bygger og styrker relasjoner (øker kontakt og tilknytning). Det bidrar til og understreker derfor verdighet.

I vårt daglige arbeid med personer med kognitiv svikt, uro og angst ser vi ofte at vi ikke kommer i mål med medikamenter alene. Utfordringen er å gi de eldre supplerende omsorgstiltak.

Miljøtiltak i institusjoner fokuserer først og fremst på noen av våre primære sanser som syn, hørsel, lukt og smak. Følesansen, huden, er vårt største organ og sanseorgan. Stimulering av huden er kanskje ikke like bevisst fremmet som et miljøtiltak, selv om berøring er et av våre grunnleggende behov. Spedbarn kan dø av mangel på berøring og omsorg, og syke kan bli sykere (Ole Fyrand, 2002:25). Det er ingen grunn til å tro at behovet for berøring er mindre for våre sårbare syke eldre. Stimulering av huden er helt grunnleggende for vår opplevelse av verden og bearbeidelse av andre sanseinntrykk (smerte, trykk og vibrasjoner, tempertur og berøring) (Ertner, 2014, s. 77).

Et liv på institusjon frarøver beboeren mange berøringsopplevelser som hører til det livet de har levd med partner, husdyr, kontakt med andre mennesker. Det å berøre seg selv er gjerne heller ikke mulig lenger for eksempel det å stille seg selv, gre håret, stryke seg selv på huden. Stimulering av følesansen, huden, kan derfor være et viktig miljøtiltak for å gjenopprette balansen.

Mange av de eldre vi møter på sykehjem har høy alder, mange av sansene er svekket og det fysiske og psykiske forfallet er stort. Likevel er følesansen, huden, intakt. Mye av omsorgen som blir gitt er dessverre kun av instrumentell art, det vil si knyttet til stell, pleie og medisinske prosedyrer. Ved å bruke fysisk berøring bevisst i omsorgen som et miljøtiltak vil vi kunne fremme kommunikasjon og nærhet mellom pleier og beboer. Dette vil igjen kunne føre til en økt følelse av trygghet og velvære, og en opplevelse av fred og ro for den enkelte.

Personer med demens er særlig utsatt for å lide under ulike typer angst og følelse av isolasjon. Viktig forebyggende tiltak kan være nærvær, en til en kontakt og fysisk kontakt ved berøring i situasjoner som ofte trigger angsten (Rokstad, 2005). Positiv opplevd hudberøring innebærer denne form for samhandling. Slik kan hudberøring være en metode som kan bidra til å møte flere av de grunnleggende psykologiske behov hos personer med demens som Kitwood (1999) opererer med. Behovet for trøst, tilknytning, inklusjon, meningsfull beskjeftigelse og identitet, se figur under.



Figur hentet fra Ertner, L.D. (2014). Berøring – en håndfull kjærlighet. I: Sætrang Holm, M. & Husebø, S. (red.). En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt. Bergen: Fagbokforlaget.

Det som nå begynner å kunne dokumenteres i forskningen er at stimuli som aktiverer berøringsreseptorer ikke bare fremkaller opplevelse av berøring, men også ser ut til å ha andre effekter, både fysiologiske og psykologiske (Henricson og Billhult, 2010), s. 22-26). Her handler det blant annet om at berøring kan virke avslappende og beroligende. Forskning har også vist at berøring som utøves med et lett, men tydelig trykk og i et avpasset tempo kan gi mennesker en opplevelse av velbehag (Löken, Wessberg, Morrison, McGlone og Olausson, 2009 I: Ertner, 2014, s. 222) - altså bidra til en følelse av velvære. For eksempel kan dette vise seg i form av senket blodtrykk og puls (Henricson, Ersson, Määttä & Berglund, 2008; Billhult, Lindholm, Gunnarsson & Stener-Victorin, 2009 I: Henricson & Billhult, 2010, s. 25).

Det parasympatiske nervesystemet påvirkes slik at hjertet slår roligere og åndedrettet blir dypere, perifere blodkar utvides og blodtrykket synker. Effekten av fysisk berøring kommer imidlertid ikke like raskt som ved aktivering av kamp- og fluktreaksjoner, men til gjengjeld opprettholdes effekten over lengre tid. Dette er vist i forsøk på rotter (Uvnäs Moberg 2000, s. 125). For den enkelte beboer kan det bety at selv om det gylne øyeblikket er over, vil personen kunne nyte godt av berøringen langt utover den tiden som er investert.

Fysisk og mental nærhet ved hudstimulering kan gi pasienten tillit og tiltro til behandleren og behandlingen. Denne positive forventningen har i seg selv en lindrende effekt. Nyere forskning i nevrofysiologi synes å påvise at pasientens positive forventning stimulerer til frigjøring av endorfiner (Nortvedt og Nesse 2008:34). Berøring kan på denne måten hjelpe pasienten til en dypere avspenning og lindre fysiske symptomer ved hjelp av placeboeffekten som omfatter frigjøring av kroppens egne endorfiner.



Illustrasjonsfoto: Shutterstock.com

## Gjennomføring

### Organisering av prosjektet

Prosjektet er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom et sykehjem i Stavanger og et sykehjem i Sandnes kommune.

#### Prosjektgruppen har bestått av:

Karen Skurtveit Moe, sykepleier og rosenteraapeut, Prosjektleder Stavanger kommune

Marianne Børsheim, vernepleier og rosenteraapeut, Prosjektleder Sandnes kommune

Nina Skjæveland Bøe, sykepleier, Stavanger kommune

Ann-Marlene Meisler, hjelpepleier, Stavanger kommune

Mette Torgersen, hjelpepleier, Sandnes kommune

Monica Aske Bjørheim, hjelpepleier, Sandnes kommune

#### Med veiledning fra:

Unni Rostøl, Leder for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste - USHT i Rogaland

Arnt Egil Ydstebø, USHT Rogaland

Lene Dieserud Ertner, rosenteraapeut/taktil berøringspedagog, fagbokforfatter, foredragsholder og veileder.

## Gjennomføring

Mottatt tilskudd på kr. 20.000 skulle brukes til diverse utgifter som frikjøp av arbeidstid i forbindelse med tematime, veiledning, inspirasjonssamlinger og rapportskrivning.

Før oppstart i slutten av oktober 2014 arrangerte prosjektgruppa tematimen «Tilstedeværelse og berøring som miljøtiltak i sykehjem» med Lene Dieserud Ertner. Invitasjon ble sendt til sykehjem i Sandnes og Stavanger kommune. USHT Rogaland inviterte og var arrangør. Det var 16 deltakere fra to sykehjem i hver kommune. Noen av deltakerne på tematimen etterspurte oppfølging.

Flere beboere fikk prøve hudberøring i forkant av prosjektet. Blant disse ble 2 beboere fra hvert sykehjem valgt ut og forespurt om de ønsket å delta. Det ble foretatt døgnrytmeregistrering en uke i forkant og under hele prosjektperioden. I tillegg ble det brukt kartleggingsskjema for velvære før og etter hver stund med bevisst hudberøring. Prosjekt gikk over 12 uker. Beboerne fikk bevisst hudberøring 10-15 min. x 2 pr. uke. Tidspunkt på døgnet kunne variere fra dagtid til kveldstid.

En av beboerne som var med i prosjektet døde etter 6 uker. Det ble da valgt ut en ny person som ønsket å delta. På grunn av denne situasjonen har disse 2 beboerne kun vært med i prosjektet 6 uker hver. Prosjektet gikk som nevnt tidligere over 12 uker. Det blir derfor presentert 3 historier fra det ene sykehjemmet.

Hudstimuleringen ble tilpasset den enkelte beboers følsomhet for berøring og oppfatning av berøringen. Dette kunne variere fra dag til dag.

Den som gav hudberøringen hadde fokus på tilstedeværelse, med myke og varme hender. Intensjonen var å gi den enkelte en følelse av velvære, trygghet og verdi.

Beboerne fikk berøring på flere deler av kroppen, det kunne variere mellom hender, føtter, overarm, nakke, skuldre og hode. Berøringen foregikk på beboers rom og var frivillig. Etter stunden med berøring var det viktig å gi den enkelte mulighet til å slappe av en stund i etterkant. Gjerne få et pledd over seg, holde på kroppsvarmen.

Personalgruppene på hvert sykehjem møttes to ganger til inspirasjonssamling, erfaringsdeling og berøringsøvelser.

På begge sykehjem ble det gjennomført internundervisning om betydningen av hudstimulering, og det ble gitt en presentasjon av prosjektet.

På ett sykehjem ble berøring satt på agendaen på personalmøter og morgenrapport. Stadig nye beboere får prøve berøring, og for en beboer ble effekten så god at det har blitt et daglig tiltak.



Illustrasjonsfoto: Shutterstock.com

## Erfaringer fra prosjektet

For å få registrert i døgnobservasjonsskjemaene var vi avhengig av velvilje fra personalet. Det krevde informasjon og tilrettelegging. Personalet var positive, men trengte en del påminnelser underveis. Det ble skrevet på dagsplanen i begynnelsen og gjentatt omtrent halvveis i prosjektet. Stort sett ble registreringene gjennomført. På det ene sykehjemmet viste døgnrytmeregistreringen at beboerne fikk en bedre døgnrytme. De ble mer våkne på dagtid og sov lengre sammenhengende på natten. Uro og angst ble redusert. På det andre sykehjemmet viste døgnrytmeregistrering at uro og angst ble redusert på dagtid, og ved et par tilfeller hadde berøring god effekt på det å være mer våken på dagtid.

Før og etter hver berøringsbehandling brukte vi velværeskjemaet til Geriatrisk ressurscenter (se vedlegg), der vi målte positive og negative følelser før og etter berøringen, samt våkenhet og oppmerksomhet (kognitiv akse). Målingen ble gjort av den som gav berøringen ut fra observasjon av kroppsspråk og eventuell verbal kommunikasjon. Enkelte beboere besvarte selv på de aktuelle skalaene. I begynnelsen av prosjektperioden var det noe misforståelse angående tolkningen av og skåringen på skalaen, men det ble rettet opp i etter veiledning. Noen av beboerne sovnet en kort stund av berøringen. De fikk da en lav score på våkenhet, men etter veiledning fikk vi vite at å sovne var en høy score. Det viste jo at vedkommende slappet godt av og var kommet mer til seg selv enn før behandlingen. På begge sykehjemmene viste registreringene i velværeskjema at beboerne fikk en økning av positive følelser og mindre negative følelser, samt bedre score på våkenhet og oppmerksomhet. Disse effektene vedvarte ofte over tid.

## Historier:

### Person A

En person er valgt til å være med fordi vedkommende i perioder får angst som følge av demens, hun forstår ikke sin egen sammenheng. Angsten fører til mye uro og utfordrende adferd. Det er prøvd ut beroligende medikamenter med varierende effekt, i noen tilfeller ingen effekt. I de tilfeller der personen begynte å bli urolig kunne vedkommende ledes inn på sitt rom, og ble lett beroliget med berøring. I tilfeller der uroen var nådd en topp, måtte en gjerne bruke litt lengre tid før roen kom, men i de fleste tilfeller ble negative følelser endret til positive.

Noen få ganger når personen var blitt sint, og vi ville prøve med berøring, sa personen «dere trenger ikke komme med den berøringen når dere ikke vil høre hva jeg har å si». Da måtte vi gjerne bruke for eksempel familiebilder som avledning, før vi kunne gå over på berøringen.

Døgnrytmeregistreringen viste ikke noen tydelig endring for denne beboeren, men i slutfasen<sup>1</sup> av prosjektet ble sovemedisinen likevel nedtrappet og etter hvert helt seponert. Dette har igjen ført til at beboer nå er mer våken på dagtid. Velværeskjemaet viste i de fleste tilfeller en økning i positive

---

<sup>1</sup> Dette er i tråd med kunnskapen om at virkninger av velværehormonet oxytocin først trer inn etter lengre tid (Uvnäs Moberg 2009, s 56, I: Ertner, 2014, s. 97)



følelser, noe som de fleste ganger vedvarte over tid. Denne personen kunne lett bli uroet av andres uro og kunne derfor ha nytte av å skjermes på eget rom en tid etter berøringen.

### Person B

En person er valgt til å være med fordi han har mye smerter i kroppen. Han har en demens diagnose, er plaget med mye smerter og i perioder mistenksomhet. Han hadde god effekt på berøring i prøverunden, men en utfordring her var at den som gav berøringen ikke var fast på denne avdelingen. I de tilfeller der berøringen var en del av omsorgen han fikk, gikk det bra. Noen ganger når personalet kom inn for å gi berøring, var han så mistenksom at det ikke var mulig å få det til. Her kom det også an på hans dagsform.

Ved et par anledninger var personen svært trøtt og sov tungt. Den ene dagen lå han i sengen til kl.11, ville ikke ha mat og medisiner. Mannen fikk forsiktig berøring først på ene armen, deretter på andre armen og skulder. Etter dette ville han ha drikke, fikk tatt medisiner, og kort tid etterpå ville han stå opp. Tilsvarende skjedde en dag ved frokostbordet, personen sovnet og sov tungt, personalet fikk ikke kontakt med han. Han fikk da berøring, våknet til, spiste maten sin selv og ba om mer mat. Døgnrytmeregistreringen viste da at berøringen hadde tydelig effekt på mer våkenhet på dagtid.

Ved en annen anledning var personen trøtt og ville legge seg. Han fikk da berøring på nakke og rygg, og sa at det var godt. Han pratet mye fra gamle dager og fortalte om navn og steder han husket igjen. Det var ikke vanlig at denne mannen pratet så mye forståelig og klart, det kan her virke som berøring har effekt på gjenkallingsevne. Denne personen var ikke så lett å tyde i forhold til positive og negative følelser, men et signal som ble tolket som mer positiv og våken var at personen pratet og fortalte mer enn vanlig.

### Person C

Beboer har demens, er deprimentert og er plaget med uro og angst. Holder seg mye for seg selv, men får jevnlig forvirringsperioder. Kjenner seg ikke igjen i omgivelsene. Uttrykker savn av ektefelle som er død.

Hun ønsker å ligge i sengen mens hun får berøring liker å bli holdt i hånden og på føttene. Hun slapper alltid godt av under hudberøringen. Pusten blir dypere, og hun uttrykker at hun føler det gjør henne godt.

Etter å ha fått bevisst berøring 4-5 ganger begynner beboer å fortelle om tanker som uroer henne. Dette er reelle bekymringer angående familien. Hun forteller også om gode minner som dukker opp. Det blir mange fine samtaler hvor det blir rom for å dele sorger/lengsler/bekymringer



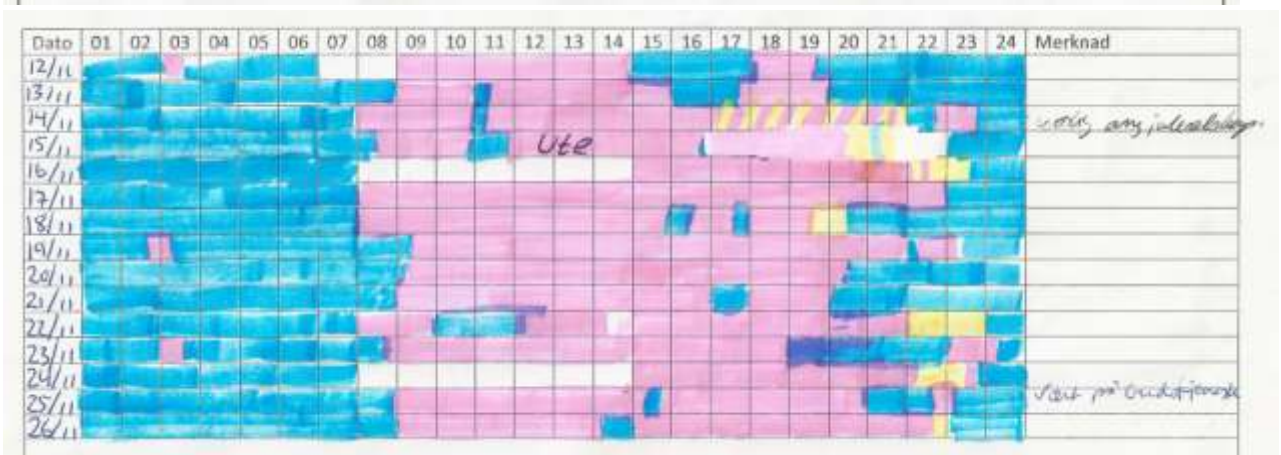


og gleder.

Flere ganger kommer beboeren og ber om berøring uten at det er avtalt på forhånd. «Kan du og jeg gå inn på rommet mitt og ha den fredelige stunden?». Noen ganger klarte hun ikke å sette ord på uroen sin. Likevel opplevde hun berøringen som at det ble «fred og ro rundt henne», og ofte sovnet hun på slutten av berøringen. Ved ett tilfelle klarte ikke beboer å falle til ro. Det var tydelig å se på ansiktsuttrykket at hun hadde smerter. På spørsmål om dette svarte hun bekreftende. Det var ikke observert smerter under morgenstellet 1 ½ timer i forveien. Dette ble tatt opp med legen og beboeren ble undersøkt og fikk smertelindring. Denne episoden husket beboer i lang tid. Hun gav uttrykk for at den som gav henne hudberøring var til å stole på, og sa at hun følte seg trygg på vedkommende: «Jeg vet at du hjelper meg når jeg trenger det».

Beboers døgnrytme forbedret seg underveis i prosjektet. Hun sov bedre på natten og var mer våken og opplagt på dagtid. Tidligere hadde hun isolert seg mye på rommet sitt og lå mye i sengen og hvilte seg. Nå kom hun mer ut og hadde nytte av samvær med andre. Beboer virket også lettere til sinns. Ut fra registreringer i velværeskjema ser en at hun fikk en økning av positive tanker og ble mer avslappet av hudberøringen.

Skjemaene under viser registreringer fra starten av prosjektet (øverst) og siste del av prosjektet (nederst). Denne beboeren ble kun med i prosjektet i 6-7 uker. Skjemaene viser en tydelig forskjell på at beboer ble mer våken på dagtid og fikk redusert uro.



## Person D

Beboeren er plaget med angst, smerter og har en alvorlig kols diagnose. Han får berøring på nakke, skuldre, hender og føtter. Hvilken del av kroppen varierer litt fra gang til gang. Beboer kan selv uttrykke hvor han vil bli berørt. Han responderer godt på å få hudstimulering, det er tydelig å se at pusten blir roligere og dypere. Innimellom sovner han i korte intervaller, hele han slapper godt av. Etter noen få ganger med berøring forteller beboer at han føler seg roligere til sinns og at han føler han puster mer uanstrengt når han blir berørt. Synes også at effekten henger i flere timer etterpå.

Gradvis forandrer beboer seg. Forteller at han virkelig har tro på «denne berøringen», han føler han har fått ett nytt liv. Kroppen kjennes mindre stiv og han er blitt mer fysisk aktiv. Før var han engstelig for å bevege seg for mye. Var redd når pusten ble belastet og isolerte seg på rommet sitt. Nå er han mer ute og sitter på fellesstuen i lengre perioder. Trener aktivt med å gå turer på gangen, føler han har mer kontroll på pusten. Klarer også å gå på toalettet selv, noe han har fått hjelp til før. Har ennå perioder hvor han føler seg mer tungpustet, men blir ikke så engstelig. Sier også at han føler seg mer selvhjulpen i hverdagen og at han ikke har så mange negative tanker lenger. De kommer ennå men varer kortere. Har også stor glede av samtalene under og etter berøringen. Får gitt uttrykk for sine bekymringer, sorger og gleder. Forteller også mye om oppveksten og familielivet. Dette kommer godt frem i tilbakemeldingen «Takk for en vettug samtale».

Beboer uttrykker ofte hvor stor pris han setter på stunden med berøring: «Jeg har det godt her i avdelingen. Føler virkelig at jeg blir sett som den jeg er. Dette kan jeg anbefale til alle». «Jeg har fått et nytt liv». Døgnrytmeregistreringen viser også at beboer får en mer jevn døgnrytme, og i følge registreringene på velværeskjema føler beboer at han er lettere til sinns og føler seg avslappet etter å ha fått bevisst hudberøring.

Rett etter at prosjektet var avsluttet var beboer til kontroll på lungepoliklinikk. Han fikk skryt av sykepleier for at han så godt ut. Oksygenmetning i blodet var økt i forhold til tidligere målinger. Beboeren har ofte hatt lungebetennelser. I hele prosjektperioden og i ettertid (oktober til april) har han ikke hatt en eneste lungebetennelse.

## Person E

Beboeren har en demensdiagnose, kjent depresjon og plaget med uro og forvirring. Har lett for å misforstå situasjoner og har problemer med å holde rede på hvilken del av døgnet han er på. Uttrykker savn av ektefelle. Sier hun til tider føler seg innesperret og har en følelse av å være undervurdert av personalet. «Ingen har tid til å høre på det jeg har å si». «Skulle ønske jeg var hjemme hos meg selv igjen». Beboer responderer godt på hudberøringen. Sier at dette er det hun har savnet her på sykehjemmet. Hun føler at kroppen blir mindre anspent. Får berøring på skuldre og nakke og under føttene. Sovner ofte på slutten av berøringen.

I begynnelsen har hun stort behov for å snakke. Forteller om savn og vonde opplevelser, men også om gamle minner og gleder i livet sitt. Etter hvert som hun blir kjent med berøringen, slapper hun fortore av og nyter stunden. Er alltid positiv når hun blir tilbudt berøring. «Denne behandlingen har gjort at tilværelsen min er blitt lettere». «Det er vanskelig å innfinne seg med dette nye livet».

Beboeren har en del smerter i muskulaturen, særlig i føttene. Når hun får berøring slapper hun godt av og opplever mindre stivhet og smerter. Dette i følge henne selv varer utover dagen. Hun har også ødemer i begge beina. Etter hvert som ukene går, minker ødemet betraktelig. Dette hjelper på hennes opplevelse av «vonde føtter».

Siden beboer kom til sykehjemmet har hun alltid villet ha gardinene fortrukket på rommet sitt. Dette gjelder hele døgnet. Har hatt stort behov for å skjerme seg mot for mange inntrykk. Personalet har gjerne for vane å trekke gardinene til side, men blir alltid fortalt at hun ikke ønsker det. Etter noen uker merker personalet at beboeren har gardinene fratrukket på dagtid. Hverken beboeren eller personalet kan huske når det skjedde. Det har bare skjedd gradvis. Beboeren har også mindre behov for å ligge i sengen på dagtid. Opplevs som mer våken og opplagt.

Nattevaktene kan rapportere at hun sover bedre. Var mer motorisk urolig på natten før og hadde hyppige oppvåkninger. Etter å ha fått hudberøring noen ganger har beboerens døgnrytme endret seg gradvis. Hun sover i lengre intervaller på natten og er mer våken på dagtid. Beboeren uttaler: «Jeg blir i bedre humør av den berøringen du gir meg». Sier også at «Jeg føler jeg blir tatt på alvor». Dette viser også igjen på registreringer i velværeskjema.

### **Enkeltepisoder, andre pasienter**

**Ei dame** som ikke var med i prosjektet fikk ved et tilfelle et sinneutbrudd, og måtte gå fra bordet. Hun ble fulgt inn i et annet rom. Hun klaget på smerter i ryggen og fikk da berøring på rygg. Etter kort tid var det ikke mer snakk om smerter, og hun var igjen i godt humør.

**En mann** med demensdiagnose var svært urolig både verbalt og motorisk. Dette hadde pågått i lang tid og diverse medikamenter var utprøvd. Under uroperioder som krevde skjerming på rommet hadde beboer fått prøve berøring noen ganger med god effekt. En dag beboer satt ved bordet for å spise, ble han svært urolig og ville gå på rommet sitt. Han ble tilbudt hjelp av en pleier. Da så han på den pleieren som hadde gitt ham berøring. «Du må hjelpe meg. Kan du det?». Da vi kom inn på rommet hans, fikk han hjelp til å legge seg på sengen. Pleieren satt hos ham og holdt han i hånden. «Du vet det», sa han «jeg trengte så en mor». Det var tydelig at han forbandt pleieren med følelsen av å bli tatt vare på, få omsorg.

**Ei dame** liker å ligge lenge om morgenen. Denne morgenen ble hun også vekket flere ganger, uten at hun ville stå opp. Personalet satte seg da ved sengen hennes og ga lett berøring på hodet, skuldre og armer. Hun gav mye positiv respons, og sa: «Dette var godt, det er lenge siden noen har gjort dette på meg». «Du er snill som gjør dette med meg». «De pleier bare å komme inn og si: Nå må du se å komme deg opp!». Da personalet gikk inn til henne litt etter denne berøringen, stod damen på badet og vasket seg.

### **Mål/erfaring/resultater**

Målet med prosjektet er å få bevisst berøring inn som et naturlig miljøtiltak i eldreomsorgen. For å få dette til er det viktig med god støtte i personalgruppen, og forankring i ledelsen. Det må bli en kultur som tilsier at det er verdt å bruke tid på dette. På det ene sykehjemmet ble det opplevd god støtte

fra ledelsen og personalgruppen. På det andre sykehjemmet har det vært tyngre å få gjennomført prosjektet. Skifte av avdelingsleder i oppstarten, varsel om omorganisering og nedbemanning gjorde det svært tungt å drive prosjektet. Mye uro og frustrasjon i arbeidsmiljøet gav personalet lite overskudd til å være åpne for nye tanker. Uten en tydelig leder har det også vært vanskelig å formidle resultater og inspirasjon til hele personalgruppen. De som var med i prosjektgruppen opplevde det som spennende, og det vekket lysten til å lære mer. Samtidig følte de at de ikke fikk deltatt nok i utøvelsen av hudberøringen.

Som historiene viser, så har berøringen i de aller fleste tilfeller god effekt. Beboerne som får berøringen kan merke tilstedeværelsen med flere sanser. De ser og hører den som er der og kjenner hånden som berører. Dette uttrykkes i ord, og kan observeres i ansikts og kroppsuttrykk. Det å gi hudberøring ble opplevd som en mulighet til en helt spesiell kontakt med nærvær og noen ganger samtale. Vi følte vi var sammen som medmennesker. Det var tydelig at flere av de som var med i prosjektet syntes det var godt å oppleve en arena hvor bare de var i fokus. Ved at berøring ble gitt regelmessig over tid, ble stunden gjenkjennelig og skapte trygghet og tillit i relasjonen. Flere uttrykte at de følte seg ivaretatt og sett som individ, samtidig som de opplevde at de slappet godt av. De fikk mer ro og økt velbehag. Uro og angst ble redusert. For noen var dette kortvarig og for andre hadde det langvarig effekt. Døgnrytmen ble og bedre regulert for noen. En beboer opplevde spesielt bedring på sin fysiske situasjon. Pusten ble forbedret og dette hadde positiv innvirkning på hans generelle fysikk. Som tidligere nevnt mener man at hudberøring kan påvirke det parasympatiske nervesystemet, blodsirkulasjonen bedres og pusten blir dypere. En annen opplevde smertelindring. Den såkalte portkontrollteorien går ut på at berøringssignalene bidrar til at smertesignalene ikke når hjernen i full utstrekning (Melzack & Wall, 1965).

Det at enkelte pasienter med demens klarer å uttrykke seg godt og kommer på gamle minner som de plutselig er i stand til å dele eller også klarer flere ADL-oppgaver, kan antakelig ha å gjøre med fenomenet episoder av psykisk klarhet (Asplund og Normann, 2002, s. 86). Dette handler om situasjoner der personen med demens "har virket mye mer klar over sin egen situasjon eller fungert mer adekvat enn han eller hun vanligvis gjør." Felles for situasjonene i den nevnte studien der disse øyeblikkene av psykisk klarhet oppstod syntes å være at pleierne uttrykte en positiv holdning både til personen med demens og til samværet som sådan, og at det i en en-til-en situasjon var en nær relasjon mellom pasienten og pleieren i kraft av å gjøre noe sammen, og at situasjonen i seg selv var kravløs. Det er flere sider ved stundene med bevisst hudberøring i vårt prosjekt som også la til rette for nettopp dette.

Våre erfaringer med hudberøring viser at det har en positiv effekt på personer med en demensdiagnose som trenger trygghet og ro, men det gjelder også personer som er klare og orienterte, men som er i en sårbar situasjon grunnet sykdom og svekkelse av helse.

Det er vanskelig å si om de positive effektene skyldes berøringen alene. Den økte oppmerksomheten som beboerne har fått spiller nok også en stor rolle. Uansett viser det at det er behov for supplerende omsorgstiltak i sykehjem. Det å oppleve trygghet, føle seg verdsatt, er grunnleggende for å ha en god livssituasjon.

## Videreføring

På det ene sykehjemmet er videreføringen allerede i gang og nye pasienter får berøring fast daglig. Men, erfaringen viser at det i oppstarten er viktig at en dokumenterer tiltaket med berøring, ellers kan det lett bli glemt. På det andre sykehjemmet blir berøring kun gitt sporadisk til de som var med i prosjektet. Disse beboerne gir tydelig uttrykk for at de fortsatt ønsker berøring som et fast tiltak, men det har som nevnt vært vanskelig å få gjennomslag i personalgruppen.

Helsepersonell er godt trent i å tenke oppgaver og effektivitet. Mye av det våre hender utretter er styrt ut fra dette fokuset mer enn å lindre og bare være nærværende. Det er derfor viktig med økt kunnskap om hudberøring og om kvaliteten på berøringen. Jo mer kunnskap og erfaring en tilegner seg, jo bedre og tryggere kan det kjennes både for den som tar i mot og den som gir. Den enkelte må på sin måte finne ro og trygghet, og på den måten også kunne formidle dette til den enkelte beboer. Det er også viktig at den som gir berøring ønsker å gi det, og at den som får ønsker å motta.

Målet med prosjektet var et ønske om at bevisst hudberøring skal bli en naturlig del av omsorgskulturen. Vår anbefaling er at det drives opplæring på sykehjem og i hjemmetjenesten – kursvirksomhet. Fagdag med fokus på berøring hadde også vært flott.

## Litteraturliste:

**Asplund, K. og Normann, K. (2002).** Episoder av psykisk klarhet hos personer med svår demenssjukdom, I: A Edberg Edberg (red.). Att møta personer med demens, s.82-95. Lund: Studentlitteratur.

**Ertner, L. D. (2014).** Berøring – en håndfull kjærlighet. I: Sætrang Holm, M. & Husebø, S. (red.). En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt. Bergen: Fagbokforlaget.

**Ertner, L. D. (2014).** Berøring - I omsorg og Lindring. Bergen: Fagbokforlaget.

**Fyrand, O. (2002).** Berøring. Oslo: Pantagruel Forlag AS

**Henricson, M. og Billhult, A. (red.: (2010).** Taktil beröring och lätt massage från livets början till livet slut. Lund: Studentlitteratur AB:

**Kirkevold, M. (2001).** Omsorg nr.4. Nordisk tidskrift for palliativ medisin. Bergen: Fagbokforlaget

**Kitwood, T. (1999).** En revurdering af demens : personen kommer i første række. København: Munksgaard Danmark.

**Melzack, R. og Wall, P.D. (1965).** Pain Mechanisms: A new Theory. Science.

**Moberg, K. U. (2000).** Lugn och beröring : oxytocinets läkande verkan i kroppen. Falköping: Bokforlaget Natur och Kultur

**Nortvedt, F. og Nesse, J.O. (2008).** Smertelindring. Utfordring og muligheter. Oslo: Gyldendal Akademisk

**Rokstad, A.M.M. (2005).** Kommunikasjon på kollisjonskurs. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse