

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:87

Påverkar taktil beröring välbefinnandet hos personer med demens?

Nina Hänninen
Nina Torstensson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Påverkar taktil beröring välbefinnandet hos personer med demens?

Författare: Nina Hänninen och Nina Torstensson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktsköterska

Handledare: Berit Lindahl

Examinator: Eva Persson

Sammanfattning

Demenssjukdomar ökar i samband med att medelåldern bland befolkningen i Sverige stiger. Sjukdomen innebär svåra kognitiva och kommunikativa funktionsnedsättningar som vanligtvis leder till frustration och oro hos den som drabbats av demens. Dessa beteenden behandlas ofta med oro- och ångestdämpande läkemedel. Studien är del av en interventionsstudie som har genomförts på fem olika vård- och omsorgsboende i Marks Kommun. Syftet med studien var att undersöka om taktil beröring kunde öka välbefinnande hos personer med demens samt om administrationen av lugnande läkemedel minskade i samband med taktil beröring. Examensarbetet består av tre olika dataset; dagböcker, journalanteckningar/läkemedelslistor och sinnestämningsskurvor. Dessa data bygger på omvårdnadspersonalens observationer av sju vårdtagare i samband med taktil beröring. Från läkemedelslistor registrerades mängd av lugnande läkemedel som gavs vid behov till vårdtagarna. Data har bearbetats med såväl kvalitativ- som kvantitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom att taktil beröring bland annat gav deltagarna i studien ett ökat välbefinnande, förbättrad samverkan med andra personer både kroppsligt och verbalt. Deltagarna fick även förbättrad sömn, minskad smärta och läkemedelsförbrukningen sjönk för två deltagare. En omvårdnadspersonal framhöll att hon fått en speciell relation till den vårdtagare hon gav beröring. Då undersökningsgruppen är liten går det inte att hävda om det är själva taktila beröringen som medför ökat välbefinnande eller om det är den mänskliga närheten. Mer forskning inom området behövs.

Nyckelord: *demenssjukdom, beröring, taktil beröring, välbefinnande, vårdlidande, vårdrelation*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Demens.....	1
Vårdrelation	2
Vårdlidande.....	3
Välbefinnande	3
Beröring.....	4
Beröring som en komplementär behandling	5
Taktil beröring	6
Tidigare forskning	6
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	7
<i>SYFTE</i>	7
<i>METOD</i>	7
Design.....	7
Deltagare.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
<i>RESULTAT</i>	10
Anna	10
Berta.....	11
Carl.....	11
David	11
Edith.....	13
Fanny	13
Greta	14
Sammanfattning.....	15
Registrering av sinnesstämningskurvor	15
<i>DISKUSSION</i>	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
<i>REFERENSER</i>	23

<i>Bilaga 1</i>	<i>29</i>
<i>Bilaga 2</i>	<i>30</i>
<i>Bilaga 3</i>	<i>34</i>

INLEDNING

I Marks kommun startades under våren 2010 ett projekt av två sjuksköterskor då stimulanspengar hade erhållits från regeringen för att vidareutveckla demensvården (Socialstyrelsen, 2010). Projektet innebar utbildning för omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor/distriktssköterskor i taktil beröring. Syftet med att lära ut taktil beröring var att kunskapen skulle ge personalen ett redskap, att i sin tur erbjuda personer med demens ett ökat välbefinnande. Projektet som startat i Marks kommun väckte vårt intresse och gav oss en möjlighet att undersöka om taktil beröring kan ge ökat välbefinnande hos personer med demens samt om förbrukningen av lugnande medicinering eventuellt då också kan minska

BAKGRUND

Demens

Demens är en kronisk/långvarig progredierande sjukdom som bland annat leder till att minnet försämras. Vanliga symptom och tecken på demens är sämre tanke - och kommunikationsförmåga, svårigheter att orientera sig samt att utföra praktiska uppgifter som att tvätta och klä sig. Den som drabbas av demens kan bli personlighetsförändrad vilket kan yttra sig som aggressivitet, hämningslöshet, omdömeslöshet och nedsatt känslomässig förmåga. Psykologiska reaktioner på sjukdomen kan även leda till symptom så som ångest, depression, vanföreställningar och misstänksamhet mot omgivningen (Edberg, 2002; SBU, 2007).

Den vanligaste diagnostiserade demenssjukdomen är Alzheimers (Edberg, 2002; Basun, 2004; Kim & Buschmann, 2004; Larsson & Rundgren, 2003). Orsaken till Alzheimers sjukdom är inte känd, men hög ålder räknas som en riskfaktor. Fördelningen mellan kvinnor och män som drabbas av demens är lika, men eftersom kvinnor har längre medellivslängd finns det fler kvinnor med diagnosen Alzheimers sjukdom. De personer som har en nära anhörig, till exempel, mor eller far med Alzheimers sjukdom löper större risk för att bli drabbad (Basun, 2004; Larsson & Rundgren, 2003). Sjukdomsförloppet karaktäriseras av personlighetsförändring, beteendeförändring samt nedsatt kognitiv förmåga. De drabbade förlorar även gradvis sin tal- och språkförståelse vilket leder till ökad sårbarhet och stress (Kim & Buschmann, 2004). Hicks-Moore och Robinson (2008) har dock funnit i sin studie att trots förlorad förmåga att förstå verbal kommunikation så kvarstår förmågan att uppfatta och uttrycka musik.

Sjukdomsförloppet vid Alzheimers sjukdom delas in i fyra stadier. Vid det första stadiet börjar personen gradvis få minnestörningar. Det är vanligt att de glömmer ord, blir desorienterade, glömmer vart de lagt sina saker samt att de inte känner igen platser eller bekanta ansikten. Förmågan att planera och att organisera påverkas negativt då personen har svårt att koncentrera sig och att vara uppmärksam. Uttalad trötthet och initiativlöshet är också symptom som ofta feltolkas som tecken på depression (Edberg, 2002; Basun, 2004; Larsson & Rundgren, 2003). I det andra stadiet utvecklar personen mer problem med desorientering och i att utföra och hantera nya uppgifter. Personen får inget flöde i talet då orden glöms bort. Skrivsvårigheter uppkommer och namn på

närstående glöms även bort i detta stadium. Personen får allt svårare att utföra praktiska uppgifter så som att tvätta sig och klä sig. Under det tredje stadiet utvecklas grava fysiska funktionsnedsättningar så som urin- och faecesinkontinens. Språkliga svårigheter tilltar och personen blir helt desorienterad i tid och rum (Edberg, 2002; Basun, 2004; Larsson & Rundgren, 2003). Det är inte ovanligt med malnutrition och grav avmagring då de även får svårt att svälja (Amella, 2004; Langmore, Olney, Lomen-Hoerth, & Miller, 2007). I det fjärde och sista stadiet får personen stor rörelseinskränkning som yttrar sig som att det är svårt att sitta upprätt samt att hålla huvudet upprätt. Även reaktionen för stimuli avtar. Det yttrar sig som att personen får ett apatiskt tillstånd, de slutar skratta och le och reagerar inte vid tilltal (Edberg, 2002; Basun, 2004; Larsson & Rundgren, 2003).

Enligt Larsson och Rundgren (2003) är förutom Alzheimers sjukdom även frontallobsdemens och vaskulär demens vanliga demensdiagnoser. Vid frontallobsdemens kommer sjukdomen smygande med personlighetsförändring, distanslöshet och ett ohämmat beteende. Språksvårigheter och utarmning av ord är vanligt förekommande. Denna demenssjukdom debuterar oftast i tidigare ålder, 35-70 år. Gustavsson (2004) menar att jämfört med Alzheimers sjukdom så inte försämras minnesfunktionen och koncentrationssvårigheterna lika snabbt. Larsson och Rundgren (2003) beskriver vidare att orsaken till vaskulär demens är en störd blodcirkulation till hjärnan. Sjukdomen yttrar sig stegvis och ofta i kombination med bortfallssymtom som till exempel svaghet i armar och ben, ansiktsförslamning eller talsvårigheter. Natlig konfusion och ökad emotionell känslighet är vanligt. Detta kan senare utvecklas till omdömeslöshet, insiktslöshet, och bristande distans till andra människor. Episoder med psykostiska vanföreställningar och depression är vanligt förekommande vid vaskulär demens. Symtomen vid vaskulär demens är olika beroende på vilken del av hjärnan som är drabbad. Multiinfarktdemens är en typ av vaskulär demens som uppkommer plötsligt i samband med stroke eller TIA-attack. Det är hjärnbalken som skadats vilket gör att försämring sker stegvis. Små infarkter och störd cirkulation i hjärnans vita substans kan ge upphov till vitsubstansdemens. Detta yttrar sig av psykisk och motorisk förlångsamning, nedstämdhet, minnes- och koncentrationssvårigheter samt stel och stappig gång (Larsson & Rundgren, 2003).

Vårdrelation

De som vårdar personer med demens ställs ofta inför svåra frågor, där det inte är lätt att säga vad som är rätt eller fel. Beslut om svåra etiska frågor i demensvården styrs av värderingar som kan se olika ut beroende på hur vi ser på människan med demenssjukdom (Edberg, 2002; SBU, 2007). Hällgren Graneheim (2004) beskriver att de demensdrabbade patienterna upplever att de befinner sig i två olika världar och betraktar sig själva och andra som två olika personer som agerar utifrån om de är goda eller onda. I mötet med dementa kan det vara svårt att veta vilken person man kommer att möta. Ardeby (2003) menar att detta ställer stora krav på vårdarens kompetens att i det läget kunna tolka patientens uttryck. Enligt Ardeby (2003) visar tidigare forskning bland annat att vårdare inom demenssjukvården intar olika förhållningssätt för att hålla såväl sin egen som patienternas ångest på behörigt avstånd. Vårdarna i deras studie talade ibland om patienterna med negativ benämning, vilket ökade distansen mellan vårdare, patient och närstående. När vårdarna inte tycktes få någon kontakt med den

dementa personen behandlades de som objekt. Att vara ansvarig för en annan människa innebär enligt Eriksson (1994) att inte åsamka denne ett lidande. Att åstadkomma ett lidande innebär att kränka den andres värdighet, att inte bekräfta denne som en fullvärdig människa.

Vårdlidande

Eriksson (1994) beskriver att äldre förvirrade personer är mer utsatta och upplever vårdlidande då sjukdomen gör dem oförmögna att förstå och själva utföra handlingar som är adekvata. Dahlberg (2002) skriver att en innebörd av vårdlidande är att patienter inte längre uppfattas som levande individer, utan bemöts som om de vore en sak bland andra saker. Behovet bland patienter är att bli bemötta som en levande och unik individ. Ansvar för en vårdrelation ligger alltid hos vårdaren och en vårdrelation utgör kärnan i god vård och innebär att se och förhålla sig till den andra människans livsvärld. Eriksson (1994) anser att kränkning av patientens värdighet utgör den vanligaste formen av vårdlidande, det vill säga att frånta denne möjligheten att helt och fullt vara människa. Kränkning av människans värdighet kan bland annat visa sig genom ett bristande etiskt förhållningssätt eller genom att inte ”se” människan. Enligt Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) är lidandet en del av människans tillvaro och uthärdligt lidande är förenat med hälsa. Vårdlidandet är däremot ett ont, meningslöst lidande som är oförenligt med vårdandets grundmotiv, att lindra patientens lidande. Att förhindra uppkomsten av vårdlidande är därför en angelägen etisk utmaning. Att bekräfta en annan människas lidande innebär enligt Eriksson (1994) att förmedla till den andre att ”jag ser”. Då en annan människa ser mitt lidande innebär en tröst, en tillförsikt att någon kan komma till mötes. Bekräftelsen kan ske med en blick, en beröring eller med ett ord. Att bekräfta lidandet innebär att inte överge, att förmedla att jag finns i närheten. Enligt Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) är målet med vårdandet att lindra lidande och skapa förutsättningar för och främja välbefinnande.

Välbefinnande

Hälsan utgör en viktig del i våra liv och det finns en mångfald av synsätt på begreppet hälsa. Hälsa är svårdefinierbart och komplext och upplevs subjektivt (Salmela, Fagerström & Eriksson, 2007; Strandmark, 2006). Salmela et al. (2007) menar att hälsa kan ses som ett dynamiskt tillstånd och hälsobehovet är olika för varje människa. Den subjektiva upplevda hälsan kan endast förstås i sitt sammanhang. Hälsa behöver nödvändigtvis inte enbart betyda frånvaro av sjukdom, utan hälsa inbegriper en helhetskänsla av sundhet, friskhet och välbefinnande. Eriksson (1994) beskriver att lidandet och välbefinnande är naturligt förkommande i människors liv. Relationen mellan lidande och välbefinnande kan förstås som ett spänningsförhållande som skapar en rörelse. Det kan alltså fullt möjligt att vara i ett lidande, exempelvis på grund av svår sjukdom, men samtidigt erfara ett välbefinnande, då man exempelvis gläds åt något roligt.

Petzäll och Olsson (2007) framhåller att människan alltid har försökt finna sätt att uppnå välbefinnande. Välbefinnande och livskvalitet kan innehålla många perspektiv. En aspekt är subjektivt välbefinnande som är individens egna värderingar av sitt liv och kan gälla livet i allmänhet. Subjektivt välbefinnande är inte konstant och olika faktorer,

såsom tidigare erfarenheter och omgivningen runt personen, kan påverka. Enligt Wiklund (2003) är välbefinnande ett fenomenologiskt begrepp som det centrala i människans känslor och livsvärld. Välbefinnande är svårt att definiera då det är en unik inre upplevelse som är enskild för varje individ. För att kunna värna om den dementa personens välbefinnande är det av yttersta vikt att omvårdnadspersonalen har god kunskap om vårdtagaren för att bemöta personen professionellt (Skovdahl, Sörlie & Kihlgren, 2003).

Beröring

Kroppsberöring kan vara en mycket laddad form av icke verbal kontakt. När förmågan till kommunikation är nedsatt, som till exempel hos äldre med demens eller förvirringstillstånd, är det naturligt att beröra den andre under samtal. Beröring har bland annat funktionen att förmedla kontakt, sympati och omsorg. Mycket tyder på att ju mer nedsatt sinnesorganens funktion är och ju allvarigare sjukdomen är, desto viktigare kan beröringen vara (Eide & Eide, 2005). Enligt Henricsson (2008) har beröring i olika former en stor betydelse för människans välbefinnande såväl fysiskt som psykiskt. Ett liv utan beröring kan skapa frustration samt ge stressreaktioner. Beröring upplevs i allmänhet som något positivt, förutsatt att det inte är påtvingat. En positiv upplevelse av beröring kan ge existentiell bekräftelse. Enligt Borch och Hillervik (2005) kan upplevelsen av kroppslig beröring förstås utifrån en fenomenologisk syn på människan, där kropp och själ utgör en enhet, det vill säga den levda kroppen. Den levda kroppen betraktas som ett subjekt som står i ett ständigt samspel med omgivningen. Genom den levda kroppen upplever människan hur det är att ta emot beröring och vad beröringen förmedlar. Utifrån detta synsätt innebär beröringen i samband med praktisk hjälp samtidigt en icke verbal kommunikation mellan patient och personal.

Kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet är en förutsättning för att personalen ska kunna ge patienter hjälp i den dagliga vården. Upplevelsen av beröring är för varje människa individuell och kan upplevas som något positivt alternativt negativt. Upplevelser av beröring kan påverkas av tidigare erfarenheter, i vilket sammanhang beröringen sker, hälsotillstånd, kön samt kulturell tillhörighet. För att människor ska uppleva beröringen som positiv bör vårdpersonal ha kunskap om och visa en öppenhet för att det finns de som upplever beröring obehagligt (Borch & Hillervik, 2005). Ardeby (2003) samt Borch & Hillervik (2005) menar att beröring är en viktig del i omvårdnaden som kan bidra till ökad livskvalitet för många patienter. Det finns en unik möjlighet att arbeta medvetet med beröring för att stödja, lindra och trösta. Genom att öka medvetenheten om kroppens signaler och beröringens betydelse kan kvaliteten i omvårdnaden förbättras. Bush (2001) studie visar att beröring tycks vara en livskraftig omvårdnadsmetod med stor påverkan för det känslomässiga och fysiska välbefinnandet hos äldre. Beröring gav minskad agitation samt ökad uppmärksamhet hos förvirrade patienter. Beröring kan således vara ett kommunikativt verktyg som också kan leda till en positiv relation mellan sjuksköterska och patient.

Icke-verbal kommunikation i form av beröring är avgörande när det gäller patienter med demens. Hos förvirrade patienter eller patienter som lätt blir avledda, kan ett bra sätt att

bevara kontakten vara att använda en mild, lugnande och stödjande beröring (Eide & Eide, 2005; Gleeson & Timmins, 2004). Uvenäs Moberg (2000) hävdar att vid medveten och strukturerad beröring kan den gravt demenssjuke som kan vara innesluten i sig själv plötsligt ta ögonkontakt och kommunicera verbalt med den person som ger beröring. Ardeby (2003) samt Kim & Buschmann (2004) menar att personer med demens fortfarande har stora möjligheter att tolka det vi uttrycker med kroppen och rösten. Beröring kan därför bryta isolering, förstärka samspel samt bekräfta omsorgsgivarens närvaro och tillgänglighet. Beröring symboliserar omsorg och bekräftar existensen. Beröring blir för äldre personer ett sätt att kommunicera när de andra sinnena sviktar. En empatisk, fysisk beröring försäkrar de gamla om att de är i trygga händer. Beröringsbehovet förändras inte med åldern men behovet av att knyta an via beröring blir ofta otillfredsställt hos äldre.

Att positiv beröring skapar lugn och ro beror på att kroppen utsöndrar signalsubstansen oxytocin. I huden hos människan registreras värme, kyla, tryck, smärta och beröring av olika receptorer som i sin tur sänder signaler via sensoriska nerver till hjärnan. Genom att mjukt och medvetet massera huden, aktiveras beröringsreceptorerna och personen får tillgång till kroppens samordnande system – oxytocinsystemet. Oxytocin är ett hormon, som förmedlas i kroppen via blodet, men även som en signalsubstans i nervsystemet. Hormonet ger vila och avslappning och aktiverar bland annat sårhäkning och tillväxt. Dessutom sänker det blodtrycket, minskar halten av stresshormoner och ger ökad toleransen för smärta (Uvenäs Moberg, 2000).

Uvenäs Moberg (2000) är professor i fysiologi och har ägnat tjugo års forskning åt att kartlägga oxytocinets funktion och effekt. I sin forskning har följande beteendeförändringar iakttagits hos djur (främst råttor) efter oxytocininjektioner: snabb utveckling av moderligt beteende och då även hos honor som aldrig fått ungar, mer social kontakt mellan individer, lugnande, till och med sövande vid höga doser oxytocin samt dämpad smärtupplevelse. Uvenäs Moberg hävdar att de flesta av dessa effekter troligtvis även kan uppnås hos människan. I överensstämmelse med resultat gjorda på djur visar studier (Wikström, Gunnarsson & Nordin, 2003; Henricsson Berglund, Määttä, Ekman & Segesten, 2008) på liknande effekter på människor. Dock visar studierna inga förändringar i plasma oxytocin.

Beröring som en komplementär behandling

Komplementära metoder förekommer i dag inom samtliga landsting och många menar att området kommer att få allt större betydelse. Samtidigt betonas vikten av ökad forskning eftersom de komplementära metoderna ofta är vetenskapligt dåligt dokumenterade. Akupunktur började användas inom landstingen redan på 1980-talet och tillhör i dag, liksom massage, en av de vanligaste terapiformerna (Vetenskapsrådet, 2006). Komplementära metoder och alternativ medicin räknas inte som hälso- och sjukvård enligt lag. Om en metod ska räknas till hälso- och sjukvård eller komplementär medicin varierar med tiden och mellan olika länder. Hur metoden betraktas beror på bland annat sociala, kulturella, vetenskapliga och juridiska faktorer (Vårdguiden, 2008). Enligt Lindell och Ek (2010) finns det en stark trend mot användandet av mer alternativa behandlingsmetoder, framförallt vid långvariga sjukdomar eller ohälsa där

konventionella behandlingar är otillräckliga eller kan ge allvarliga biverkningar. De mest vanligt förekommande metoderna är taktil stimulering, akupunktur, ljusterapi samt bolltacke.

Taktil beröring

Enligt berättelser är massage en gammal behandlingsmetod som existerade i Kina för redan 5000 år sedan. Blinda personer var ofta de som utförde massage då de ansågs ha en särskild finkänslighet i fingrarna. Det var ett privilegium för den blinde att massera. Hippokrates, läkekonstens fader, fann ett samband mellan mjukmassage och avslappning då personen oftast somnade vid behandlingen. Dagens massage grundades på 1800-talet av den svenske gymnasten och fäktaren, Per-Henrik Ling. För att undvika stelhet och skador blandades aktiva rörelser med töjningar och massage (Wigforss Percy, 2006). Enligt Starre (2000) utgör massage en mekanisk påverkan på kroppens vävnader som i sin tur leder till ökad genombloodning, stimulering av känselsinnet samt en avslappnande och lugnande känsla.

I slutet av 1960-talet började en sjuksköterska, Siv Ardeby, utveckla en form av mjuk massage. Intresset för beröring som en komplementär behandlingsform har sedan dess skapat en mängd olika benämningar som till exempel beröring, taktil/mjuk massage, taktil/mjuk stimulering och efflurage. För att kunna forska på området är det viktigt att ha ett entydigt begrepp. Ardeby genomförde därför i början av 1990-talet ett uppdragsprojekt i samarbete med Socialstyrelsen. Målet var att skapa ett entydigt begrepp. Resultatet blev att taktil massage förordades som beteckning på beröring och definitionen blev en mjuk omslutande beröring av huden, som sker med respekt, omtanke och lyhördhet för individens integritet och behov (Ardeby, 2005). Metoden är en smärtfri och medveten massage av huden utan att underliggande muskler manipuleras (Ardeby, 2005; Myrin, 2008). Då projektet i Marks kommun benämner utbildningen ”Taktil beröring” använder vi i denna studie samma begrepp.

Tidigare forskning

Det finns endast fåtal studier angående taktil beröring och bara några få av dessa beskriver taktil beröring i samband med personer med demens. Den forskning som finns handlar mycket om taktil beröring på för tidigt födda barn (Underdown, Barlow & Stewart-Brown, 2010; Harrison, 2001; Lindrea & Stainton, 2000). Det finns även viss forskning som beskriver taktil beröring inom cancervård (Currin & Meister, 2008; Billhult & Dahlberg, 2001), vid vård till personer med reumatism (Bergsten, Petersson & Arvidsson, 2005) samt inom intensivvård (Henricson, et. al, 2008; Johansson Hovstadius, Styvberg & Wendt, 2005). Myrin (2008) redovisar projekt som genomförts de senaste tjugo åren. I de artiklar som publicerats och projekt som genomförts, beskrivs taktil beröring ha haft goda resultat. Utvärdering har bland annat visat minskad halt av stresshormon, sänkt blodtryck, sänkt blodsocker, ökad tolerans för smärta samt ökad avslappning hos deltagarna (Andersson, Wändell & Törnkvist, 2003; Grealish, Lomasney & Whiteman, 2000; Ågren & Berg, 2006). Billhults och Määttäs (2009) studie som syftade till att beskriva hur patienter med ångestsyndrom eller svår ångest erfor lätttrycksmassage visade att patienterna hade möjlighet att återupptäcka sin egen

kapacitet under massageperioden. De upplevde sig vara avslappnade till kropp och själ samt upplevde ökat självförtroende.

PROBLEMFÖRMULERING

Demens är en sjukdom som bland annat leder till att minnet försämras. Vanliga symptom och tecken på demens är, sämre tanke- och kommunikationsförmåga samt svårigheter att orientera sig och utföra praktiska uppgifter. Den som drabbas kan bli personlighetsförändrad vilket kan yttra sig som aggressivitet, hämningslöshet, omdömeslöshet och nedsatt känslomässig förmåga. Den sjukes psykologiska reaktioner på sjukdomen kan även leda till symptom som ångest, depression, vanföreställningar och misstänksamhet mot omgivningen. Dessa symptom behandlas oftast med lugnande läkemedel, vilka i sin tur kan leda till biverkningar.

Beröring är en icke farmakologisk behandling och en viktig del i omvårdnaden som kan bidra till ökat välbefinnande för många patienter. Det finns också en unik möjlighet att arbeta medvetet med beröring för att stödja, lindra och trösta. Genom att öka medvetenheten om kroppens signaler och beröringens betydelse kan kvaliteten i omvårdnaden förbättras. Detta gäller speciellt personer som har förlorat förmågan att förstå ords och kommunikationens betydelse, exempelvis personer med demens. Beröringsbehovet förändras inte med åldern men behovet av att knyta an via beröring blir ofta otillfredsställt hos äldre.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka om taktil beröring som komplementär behandling kan öka välbefinnande hos personer med demens.

Följande frågeställningar vägleder studien:

Ökar välbefinnande hos personer med demens i samband med taktil beröring?

Påverkas läkemedelskonsumtionen hos personer med demens i samband med att taktil beröring ges?

METOD

Projektet startades efter att Marks kommun sökt och fått stimulansmedel från regeringen för att vidareutveckla demensvården i kommunen. Syftet var att utbilda all omvårdnadspersonal i taktil beröring som en komplementär behandlingsform i omvårdnadsarbetet. Två sjuksköterskor startade den aktuella interventionen och inbjöd oss att göra en utvärderingsstudie för att se om taktil beröring eventuellt kunde höja välbefinnandet hos de personer med demens som valts att delta i undersökningen.

Design

Studien är en del av en interventionsstudie med taktil beröring som har genomförts med personer, vilka drabbats av demens och med omvårdnadspersonal vid olika vård- och

omsorgsboenden i Marks kommun. Studien består av tre olika dataset; dagböcker, sinnestämningsskurvor samt journalanteckningar/läkemedelslistor. Dessa data bygger på omvårdnadspersonalens observationer av vårdtagarens välbefinnande. Från läkemedelslistor registrerades mängd av lugnande läkemedel som gavs vid behov till vårdtagarna. Omvårdnadspersonalen fungerade som observatörer då de är välkända för vårdtagarna, på så sätt kunde risken för obehag och förvirring för denna patientgrupp minskas. Observatör i detta sammanhang innebär att omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet iakttar vårdtagarens sinnestämning samt effekten av taktil beröring under pågående undersökning. Polit och Beck (2006) anser att det är av stor vikt att tillbringa tid med de människor som ska observeras för att det ska bli så naturligt som möjligt.

Data har bearbetats med hjälp av såväl kvalitativ som kvantitativ innehållsanalys. Innehållsanalys är enligt Elo och Kyngäs (2007) en metod som kan användas för att analysera både kvalitativ och kvantitativ data. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver kvalitativ innehållsanalys som en metod som fokuserar på tolkning av texter och den används framförallt inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Inom omvårdnadsforskning har kvalitativ innehållsanalys använts för att granska och tolka texter, som i vår undersökning, det vill säga dagböcker och journalanteckningar.

Den kvantitativa ansatsen användes i den aktuella studien för att analysera sinnestämningsskurvor samt läkemedelslistor. En kvantitativ innehållsanalys är enligt George (2009) i första hand en metod för att erhålla beskrivande data om vissa valda variabler. Värdet ligger i att den erbjuder möjligheten att få mer precisa, objektiva och tillförlitliga observationer om den frekvens som förekommer. Polit och Beck (2006) anser att innehållsanalys, såväl kvalitativ som kvantitativ är en metod som är lämpad för omvårdnadsstudier, speciellt för klinisk forskning, då den har en bred tillämplighet. Sinnesstämningsskurvan (bilaga 1) är ett redskap som utarbetats av en av sjuksköterskorna som ansvarade för projektet. Sinnesstämningsskurvan är väl förankrad i verksamheten och används ofta för att skatta effekten av nyinsatt medicinering. Omvårdnadspersonalen skulle utifrån sinnestämningsskurvan skatta vårdtagarens sinnestämning (lugn, oro, sömn) för att vi sedan skulle kunna jämföra om vårdtagarens sinnestämning ändrats under tiden som han/hon erhöll taktil beröring. Omvårdnadspersonalen som medverkade i det dagliga arbetet skattade vårdtagarnas sinnestämning över hela dygnet.

För att undersöka om läkemedelsadministrationen eventuellt minskade i samband med taktil beröring granskades administrationen av lugnande läkemedel för varje enskild vårdtagare fyra veckor innan undersökningen startat samt under de fem veckor som vårdtagaren fick taktil beröring.

Deltagare

Studien har genomförts på fem olika vård- och omsorgsboende i Marks Kommun. Deltagarna är två manliga och fem kvinnliga vårdtagare med en medianålder på 83 år. Samtliga deltagare har en demensdiagnos. Omvårdnadspersonalen som deltagit i studien har vårdutbildning och en lång arbetslivserfarenhet inom demensvård.

Datainsamling

Projektledarna och/eller författarna informerade om studien på olika vård- och omsorgsboenden i Marks kommun. Fem verksamheter önskade vara med i studien då de ansåg att de hade vårdtagare som skulle kunna uppleva ett värde av att behandlas med taktil beröring. Ett informationsbrev (bilaga 3) samt ett muntligt informationsmöte om studien gavs till omvårdnadspersonalen/verksamhetschefen i de olika verksamheterna. Närstående blev tillfrågade genom ett informationsbrev med ett inkluderat samtyckesformulär. Undersökningen som kom att pågå i sex veckor startades med att omvårdnadspersonalen observerade vårdtagarens sinnesstämning under fem dygn den första veckan med hjälp av en sinnesstämningsskurva, samt ett dygn under den fjärde och sjätte veckan. Därefter påbörjades observationen av vårdtagarna i samband med taktil beröring. Vårdtagarna fick taktil beröring i cirka 20 minuter tre gånger i veckan de första tre veckorna och därefter två gånger i veckan de sista två veckorna. Omvårdnadspersonal som utfört den taktila beröringen har utbildning i taktil beröring. Vid varje behandling med taktil beröring besvarades fyra frågor av omvårdnadspersonalen som utförde beröringen (bilaga 3). Frågorna var strukturerade för att underlätta vad som skulle ingå i observationerna. Detta för att korrekt kategorisera, dokumentera och överföra data till de fenomen som omvårdnadspersonalen tolkade att vårdtagarna upplevde. Då all omvårdnadspersonal inte hade tillgång att skriva i de datastyrda omvårdnadsjournalerna försågs varje vårdtagare med en personlig dagbok. Dagboken förvarades inlåst i vårdtagarens medicinskåp.

Slutligen granskades journalanteckningar samt listor över administreringen av lugnande läkemedel som vårdtagaren fick vid behov vid oro. I de fall där vårdtagarens anamnes inte dokumenterats i journalen fick vi muntlig information av patientansvarig sjuksköterska. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i Marks kommun samt närstående har godkänt att vi tagit del av vårdtagarnas dokumentation.

Dataanalys

Som ett första steg inleddes analysprocessen med att granska kvalitativ data från journalanteckningar samt analysera texten i dagböckerna med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Innehållet i data lästes upprepade gånger för att få en helhet om vårdtagaren. Varje vårdtagares dokument lästes var för sig. I ett andra steg i den kvalitativa analysen noterades och markerades de delar av texten som svarade mot studiens syfte och texten kondenserades. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver att en meningsenhet är en meningsbärande del av texten som kan utgöras av ord, meningar och stycken av en text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Vid kondensering reduceras texten och blir därmed mer lätthanterlig, samtidigt som det centrala innehållet bevaras. Det tredje och sista steget innebar att vi utifrån syftet och frågeställningarna diskuterade vilket/vilka fenomen som framkommit ur de kondenserade meningsenheterna. I det aktuella resultatet användes dessa fenomen för att bygga upp en fallberättelse över varje enskild person. Sinnesstämningsskurvor och läkemedelslistor analyserades med hjälp av kvantitativ innehållsanalys.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Regionala etikprövningsnämnden (2002) finns en rättslig reglering över etikprövning av forskning där enskilda människor är forskningsobjekt. Ett sådant skäl är att människor som medverkar i forskning som försökspersoner eller liknande behöver skyddas mot risken att skadas fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt (Helsingforsdeklarationen, 1996 i Forsman, 2005). Enligt Skovdahl et.al (2007) löper personer med demens större risk att bli kränkta då deras verbala förmåga att uttrycka och förmedla sig är underutvecklat. Forsman (2005) och Slaughter, Cole, Jennings och Reimer (2007) menar att forskning på utsatta befolkningsgrupper innebär stor uppmärksamhet på enskildas intresse. Den allmänna uppfattningen är att informerat samtycke är en nödvändig förutsättning för att delta i forskning. Personer med demens vilka är oförmögna att ge ett reellt informerat samtycke kan också behöva studeras i forskning, för att omsorgen på sikt skall kunna förbättras för denna grupp människor. I vår studie har vårdtagarna informerats och deras närstående har erhållit såväl muntlig som skriftlig information innan de lämnat skriftligt samtycke (bilaga 2), så kallat vikarierande samtycke. Deltagandet har varit frivilligt och om omvårdnadspersonalen anat att vårdtagaren inte önskat taktil beröring så har behandlingen avbrutits. Insamlad data har behandlats konfidentiellt, vilket enligt Kvale (1997) innebär att deltagarna i studien inte skall kunna identifieras. Enligt SFS, lag 2003:460 § 2 kräver vår studie inte etisk prövning.

RESULTAT

Resultatet presenteras initialt som fallberättelser av varje vårdtagare utifrån omvårdnadspersonalens iakttagelser av vårdtagarnas upplevelse av att behandlas med taktil beröring. Citat från dagboksanteckningarna styrker analysen. I samband med fallberättelserna visas även resultatet av analysen som rör de vårdtagare som fick lugnande läkemedel vid behov. Av samtliga sju deltagare hade endast tre lugnande medicin. Läkemedelslistorna har granskats fyra veckor innan studien påbörjats samt under tiden som studien pågick. Syftet har varit att studera om taktil beröring minskar administreringen av lugnande mediciner. Slutligen presenteras vårdtagarnas sinnestämning baserad på sinnestämningsskurvan. Resultatet av sinnesstämningsskurvan kan bara jämföras avseende effekter över tid för en av vårdtagarna i undersökningen då skattningen av de övriga vårdtagarna inte registrerats på ett fullständigt sätt och därmed heller inte kunnat analyseras. Vårdtagare har i studien fått fiktiva namn.

Anna

Anna är 87 år och Alzheimerdiagnos sedan några år tillbaka. Hon har svåra kognitiva funktionsnedsättningar vilket innebär att hon behöver hjälp med det mesta. Hon har orosproblematik vilket yttrar sig som plockighet, oftast på eftermiddagar och kvällar. Anna är innesluten i sig själv och samverkar inte med andra vårdtagare eller med omvårdnadspersonalen. Hon har även svårigheter med kommunikationen.

När taktil beröring påbörjas har Anna svårigheter med att slappna av, hon talar osammanhängande och är ”plockig”. Vid tredje behandlingen och därefter upplever omvårdnadspersonalen henne som lugn och tillfreds. Vid ett av behandlingstillfällena frågar omvårdnadspersonalen om hon tycker det är behagligt med beröringen och hon

svarar då "nej". Omvårdnadspersonalen slutar med beröringen vilket resulterar i att hon frågar "varför slutar du?" Under det att undersökningen pågick upplever omvårdnadspersonalen att Annas samverkan med andra människor förändrades. Hon har börjat tala tydligare, dock är språket fortfarande osammanhängande. En morgon hälsar hon "god morgon" när sjuksköterskan kommer in till henne, vilket aldrig tidigare inträffat. Anna har även börjat visa ett kärleksfullt beteende till en docka som finns på boendet. Hennes "plockiga" beteende har dock inte förändrats.

Berta

Berta är 83 år med demensdiagnos i ett sent stadium. Hon har ett stort omvårdnadsbehov, vilket innebär hjälp med hygien, på- och avklädning samt hjälp med matintag. Hon har även problem med stelhet och kontrakturer. Berta är vanligtvis mycket orolig och har svårt att slappna av. När Berta får tag i saker, allt inom räckhåll, håller hon krampaktigt fast i dessa tills någon tar dem ifrån henne. Personalen upplever att Berta njuter direkt av beröringen då hon ler och säger "du är varm". Hon har börjat hålla ögonkontakt och le mot omvårdnadspersonalen vilken hon inte brukar göra. Hon har även vid några tillfällen börjat äta själv. Vid vissa behandlingar med taktil beröring blundar hon och somnar lugnt och fridfullt. Omvårdnadspersonalen upplever att Berta efter behandlingarna är mer deltagande i blicken än tidigare.

Carl

Carl är 91 år och har en demensdiagnos sedan 2007. Han har problem med yrsel och nedsatt balans vilket ofta leder till att han ramlar. Han har smärta i båda knäna samt en smärtsam vänster hand som även är svullen och blåfärgad. Detta medför att han har svårt att räta ut fingrarna och till följd av detta har han fått kontrakturer. Carl är orolig och vandrar omkring på boendet nästan hela dagarna. Han beväras även av sömnproblem. Omvårdnadspersonalen ger Carl beröring på båda händerna och de börjar alltid med den "friska" handen. Carl reagerar inte på beröringen på vänster hand men då omvårdnadspersonalen berör den högra handen säger han, trots att han är fåordig att "det är behagligt och bra". Han uttrycker också vid ett tillfälle att behandlingen pågår för lång tid. Omvårdnadspersonalen upplever att Carl före varje beröring är orolig och vandrar omkring men efter behandlingen är han lugn och har ro att lägga sig en stund och slumra. Han sover även bättre nattetid efter behandling. Vid något tillfälle uttrycker Carl att han vill bli "masserad för han tycker om rörelserna" och att han "inte vill att omvårdnadspersonalen ska sluta". Carls vänstra hand som före den taktila beröringen var orörlig, smärtande, svullen och blå har blivit mindre svullen och smärtsam och blånaden har nästan försvunnit.

David

David är 82 år och har Alzheimers demens. Han har svår smärtproblematik i ryggen på grund av kotkompressioner. David är vanligtvis mycket motoriskt orolig och kan bli aggressiv. Han påkallar uppmärksamhet genom att ropa. David besväras av nattlig oro och sömnsvårigheter. David är ursprungligen inte från Sverige och har därför svårt med svenska språket. Kommunikationsproblem samt hans oroliga och aggressiva beteende har medfört att det är svårt för omvårdnadspersonalen att närma sig honom. När David upplevs orolig och aggressiv av omvårdnadspersonalen ger de honom taktil beröring. Vid något tillfälle i början av behandlingen upplever omvårdnadspersonalen att han blir irriterad men det klingar snabbt av. David verkar njuta av beröringen och har efter varje

tillfälle uppträtt lite lugnare och varit mindre aggressiv. Oron har dock inte försvunnit helt. Omvårdnadspersonalen upplever även att det varit lättare att duscha honom efter att han fått taktil beröring. Sömnen har delvis påverkats till det positiva. Vid en av behandlingarna medverkar David aktivt genom att sträcka fram händer och fötter. Han blundar och njuter. Han har vid ett annat tillfälle även sträckt fram hand och ben till för honom okänd personal så att denne ska börja beröra.

En av dagarna är han mycket orolig och kan inte sitta still. Han får taktil beröring och sitter och njuter, vill inte att personalen ska sluta. För att erbjuda honom en längre behandling försöker de byta omvårdnadspersonal som berör. Detta uppskattas inte av honom. Han visar skarpt att han inte vill. Omvårdnadspersonalen får avsluta behandling och han har sedan en orolig natt med vakenhet. Att för stunden bryta det aggressiva och motoriska beteende med taktil beröring har hos David ofta visat sig fungera enligt omvårdnadspersonalen. David är en av vårdtagarna som får lugnande läkemedel vid behov. Under de fyra veckorna innan behandlingen med taktil beröring startar får han sammanlagt 16 300 mg Heminevrin. Då behandlingen pågår får han 25 200 mg. Här ses en ökning av lugnande medicinering med cirka 55 % under pågående behandling.

Tabell 1. Davids intag av K. Heminevrin (mg/dygn) innan behandlingen av taktil beröring startat.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1	600 mg		600 mg				1200mg
vecka2	600 mg		600 mg	600 mg	600 mg	600 mg	1200mg
vecka 3	600 mg	600 mg	900 mg	300 mg	600 mg	600 mg	1200mg
vecka 4	600 mg	600 mg	600 mg	600 mg	1000mg	1500mg	

Tabell 2. Davids intag av K. Heminevrin (mg/dygn) under behandling med taktil beröring.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1	1200mg	1200mg	1200mg			1200mg	1200mg
vecka2	1200mg			1200mg	1200mg		1200mg
vecka 3		1200mg	1200mg	1200mg	1200mg	1200mg	1200mg
vecka 4	1200mg	1200mg	1200mg		1200mg	1200mg	1200mg
vecka 5	1200mg	1200mg	1200mg	1200mg		1200mg	

Edith

Edith är 83 år och har Alzheimers demens. Hon har även en reumatisk sjukdom med smärtande leder. Edith har ett aggressivt beteende med inslag av oro. Oroligheten yttrar sig som att hon vill gå hem. Hon är misstänksam med paranoida inslag och är ofta mycket ledsen och nedstämd. Då Edith är motoriskt orolig och ställer sig upp från sin rullstol och vill gå hem ger omvårdnadspersonalen henne taktil beröring. Hon upplevs lugnare och uttrycker att *"jag har inte lika ont längre man blir mjukare i lederna"*. Edith fick vid ett tillfälle taktil beröring på ryggen och hon uttrycker då *"det var det skönaste på länge"*. Hon var lugn och glad efteråt och rekommenderar detta varmt till de andra vårdtagarna på avdelningen. Edith har lugnande mediciner vid behov och får sammanlagt 225 mg Oxascand de fyra veckorna innan behandlingen med taktil beröring startat. Då behandlingen pågår intas 45 mg. I Ediths fall ses en markant skillnad i läkemedelsförbrukning. Intag av lugnande medicinering har sjunkit med 80 % under pågående behandling.

Tabell 3. Ediths intag av T. Oxascand (mg/dygn) innan behandlingen med taktil beröring startat.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1		5 mg		5 mg	10 mg	5 mg	10 mg
vecka 2	5 mg	5 mg	10 mg	15 mg	10 mg	5 mg	5 mg
vecka 3	5 mg	10 mg	10 mg		15 mg	15 mg	15 mg
vecka 4	10 mg	15 mg	5 mg	15 mg		10 mg	10 mg

Tabell 4. Ediths intag av T. Oxascand (mg/dygn) under pågående behandling med taktil beröring.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1				5 mg		10 mg	
vecka 2		5 mg	5 mg		10 mg		
vecka 3						5 mg	
vecka 4							5 mg
vecka 5							

Fanny

Fanny är 82 år och har Alzheimers demens och ischiassmärta. Hon har kommit till boendet akut då hemsituationen sviktat. Fanny har svåra desorienteringsproblem i tid och rum. Hon har bott ensam ute på landet med insatser från hemtjänsten. Fanny uppvisar inga aggressiva eller motoriska symptom. Hon går gärna omkring på avdelningen och pratar med de andra vårdtagarna. Fanny upplevs vara nöjd med sin

tillvaro. Vid första tillfället av taktil beröring pratar Fanny hela tiden och tycker vid avslutad behandling att det var skönt. Detta mönster upprepas vid ytterligare två tillfällen. Vid tredje tillfället är Fanny tyst under behandlingen och uttrycker sedan att *"det är skönt"*, därefter går hon och lägger sig och somnar. Vid efterföljande behandlingar är Fanny tyst och tillfreds. Uttrycker vid något tillfälle att *"det är gott att bli ompysslad"* och *"att smärtan i benet har blivit bättre"*.

Greta

Greta är 87 år med demensdiagnos. Hon har nyligen flyttat till demensboende på grund på en ohållbar hemsituation. Greta är ofta orolig och kan även bli aggressiv. Hon är vanligtvis ledsen och orolig eftermiddagar och kvällar och har även av och till problem med sömnen. Greta vandrar omkring på avdelningen och söker närhet och bekräftelse hos omvårdnadspersonalen. Trots att personalen är med henne blir hon inte lugn. Hon besväras ofta av kalla händer och fötter. Greta får ofta taktil beröring i samband med att omvårdnadspersonalen upplever henne orolig. Vid de flesta behandlingarna blir hon lugn under tiden beröringen ges men vid fyra tillfällen släpper inte oron. Greta uttrycker vid något tillfälle att *"det är skönt"*. Vid en behandling somnar hon och då hon vaknar är hon lugn ytterligare en timma. Omvårdnadspersonalen upplever vid några tillfällen att Greta är något lugnare efter avslutad behandling, men oftast upplever de att oron kommer tillbaka efter att behandlingen är klar. Vid hög grad av oro har taktil beröring inte lugnat Greta alls. Greta får lugnande medicin vid behov och får sammanlagt 43 mg Xanor de fyra veckorna innan behandlingen med taktil beröring startat. Då behandlingen pågår intas 22 mg Xanor. Här ses en sänkning av lugnande läkemedel med 50 % under pågående behandling med taktil beröring.

Tabell 5. Gretas intag av T. Xanor (mg/dygn) innan behandling med taktil beröring startat.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1	1,5 mg	1,0 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,0 mg	1,5 mg	1,5 mg
vecka2	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	2,0 mg	2,0 mg	2,0 mg	2,0 mg
vecka 3	2,0 mg	2,5 mg	2,0 mg	2,0 mg	2,0 mg	2,0 mg	1,5 mg
vecka 4	2,0 mg	2,0 mg	1,0 mg	1,0 mg		0,5 mg	0,5 mg

Tabell 6. Gretas intag av T. Xanor (mg/dygn) under pågående behandling med taktil beröring.

	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
vecka 1	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	1,0 mg	1,0 mg	1,0 mg	1,0 mg
vecka2	0,5 mg	0,5 mg	1,0 mg	1,0 mg	1,0 mg	1,0 mg	0,5 mg
vecka 3	0,5 mg	1,0 mg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	1,0 mg
vecka 4	0,5 mg	0,5 mg			1,0 mg	0,5 mg	0,5 mg
vecka 5	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	1,0 mg	1,0 mg	1,0 mg

Sammanfattning

Samtliga vårdtagare har fått minst 12 behandlingar under veckorna som studien pågått. Enligt omvårdnadspersonalens observationsanteckningar fick vårdtagarna beröring av hand/arm, fötter eller ryggen. Den taktila beröringen har pågått mellan 15-25 minuter. Samtliga vårdtagare visar vid flertalet av behandlingarna en avslappnande och lugnande känsla. För två av vårdtagarna kom den lugnande känslan inte förrän vid det tredje beröringstillfället. Vid taktil beröring har samtliga vårdtagare verbalt uttryckt eller genom kroppsspråket visat ökat välbefinnande. En vårdtagare uttryckte att någon brydde sig om henne och en annan visade genom att sträcka fram händer och fötter att han ville bli berörd. Under en behandling upplevde en vårdtagare att den pågick för länge. Fem vårdtagare somnade under behandlingen eller gick och lade sig och sov då behandlingen var avslutad. Tre vårdtagare visade vid något tillfälle oro under pågående behandling och den fick då avbrytas.

Fem vårdtagare har enligt omvårdnadspersonalen upplevts som lugnare direkt efter att behandlingen avslutats. För en av dem varade detta ungefär en timma. För de resterande fyra var tiden inte dokumenterad. Tre vårdtagare upplevdes enligt omvårdnadspersonalen ha fått en förbättrad social samverkan med andra människor. Detta har yttrat sig som ögonkontakt, kroppskontakt och kommunikation. En kvinna som vanligtvis behövde hjälp med att äta har efter behandlingen vid något tillfälle ätit själv. För två vårdtagare har sömnen förbättrats och tre vårdtagare har minskad smärtproblematik. Svullnad och blånad av en hand minskade hos en vårdtagare. Några av omvårdnadspersonalen har uppfattat att det är svårt att ge taktil beröring om vårdtagaren varit ofokuserad eller om oron varit för stor. Vissa har upplevt att det fungerat att bryta aggressiva och motoriska beteende med taktil beröring. En omvårdnadspersonal upplevde att hon hade fått en mer nära relation till vårdtagaren.

Registrering av sinnesstämningskurvor

Tabellerna visar omvårdnadspersonalens skattning av vårdtagarna med hjälp av sinnesstämningskurvan. Timmarna (h) visar ett medelvärde av vårdtagarens sinnesstämning.

Tabell 7. Skattning av vårdtagarna under fem dygn innan behandling med taktil beröring startat.

	Lugn	Oro	Sömn
Anna	7,5 h	2,6 h	15 h
Berta			
Calle	13 h	1 h	10 h
David	9 h	8,4 h	6,6 h
Edith	6 h	4,4 h	13,6 h
Fanny			
Greta	2,8 h	9,2 h	12 h

Registreringen av Berta och Fanny är inte med i tabell 7 då Berta endast observerats ett dygn med sinnesstämningskurvan. Fanny har inte observerats alls.

Tabell 8. Skattning av vårdtagarna under ett dygn då de fått taktil beröring 3 veckor.

	Lugn	Oro	Sömn
Anna	6 h	4 h	14 h
Berta			
Calle			
David			
Edith	6 h	4 h	14 h
Fanny			
Greta	5 h	7 h	12 h

Endast Anna, Edith och Greta har skattats med hjälp av sinnesstämningskurvan under ett dygn då taktil beröring pågått 3 veckor.

Tabell 9. Skattning av vårdtagarna under ett dygn då de fått taktil beröring 5 veckor.

	Lugn	Oro	Sömn
Anna			
Berta			
Calle			
David			
Edith			
Fanny			
Greta	5 h	6 h	13 h

Endast Greta observerades den sista veckan. Det som kan utläsas av skattningen av sinnesstämningskurvan är att Gretas oro minskat med drygt tre timmar under ett dygn.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att uppnå examensarbetets syfte tillfrågades omvårdnadspersonalen på olika vård- och omsorgsboenden om de kunde utföra samt observera den taktila beröringens effekter på de utvalda vårdtagarna. En utgångspunkt var att vårdtagarna inte skulle känna oro eller obehag över att bli berörd av någon okänd person. Vi anser att omvårdnadspersonalen har god yrkeskunskap och kännedom om vårdtagarens livsvärld vilket innebär att de kan upptäcka skillnader i välbefinnande för vårdtagarna. Studien bygger på tre olika former av data; nämligen dagböcker och journalanteckningar som

har analyserats med kvalitativ innehållsanalys samt skattning med hjälp av sinnessstämningskurvor och registreringar i läkemedelslistor. De senare har analyserats med kvantitativ innehållsanalys. Den kvalitativa forskningen pekar enligt Olsson och Sörensen (2004) på det unika i situationer och händelser. Kvalitativ forskning bygger bland annat på individuell tolkning. Den kvantitativa forskningen visar på generella samband och skillnader där den statistiska analysen är en grundpelare. Polit och Beck (2010) menar att blandade forskningsmetoder kan höja en studies trovärdighet, då den både bygger på kvantitativ och kvalitativa metoder. Utifrån insamlad data och de tre dataset som användes i studien anser vi att både kvalitativ och kvantitativ ansats behövdes för att nå vårt syfte.

Samtliga vårdtagare försågs med en dagbok där fyra färdigställda frågor skulle besvaras av omvårdnadspersonalen. Då all omvårdnadspersonal inte har tillgång att skriva i datajournalerna gav detta en möjlighet för alla att notera sina observationer. Vår avsikt var att studera omvårdnadspersonalens nedskrivna observationer före, under och efter taktil beröring utförts. Enligt Holme och Solvang (1997) strävar kvalitativa metoder mot att resultera i beskrivande data såsom människans egna skrivna eller talande ord eller observerbara beteende. Insamlad data från dagböckerna varierade i både kvantitet och kvalitet trots att de fyra frågorna skulle fungera som struktur och stöd för personalens anteckningar. Våra tankar om detta är att vi kanske varit otydliga i informationen och/eller följt upp insamling av data för dåligt. Det kan även eventuellt bero på att omvårdnadspersonalen har svårt att sätta ord på det som observeras. Enligt Olsson och Sörensen (2004) lägger olika människor märke till olika saker. Varje observatör har sin egen referensram som bestämmer vad hon observerar i en viss situation. Detta gör att vi kan få olika observationer även om vi kommit överens om vad som ska observeras. Trots detta var det ändå omvårdnadspersonalens observationer från dagböckerna som var den metod som gav den rikaste beskrivningen och därmed bäst data om vårdtagarens upplevelse av taktil beröring. Från data baserad på journalanteckningar, var tanken att vi skulle ta del av vårdtagarens anamnes och aktuella status samt effekten av behandling med taktil beröring under tiden som studien pågick. Att få kunskap om vårdtagaren skulle ge oss värdefull information för att besvara vårt syfte. Detta blev svårare än vi tänkt oss då dokumentationen i vissa journaler var mycket bristfällig. För att få en helhetsbild av vårdtagarens upplevelser och reaktioner som dokumenterats i journaler fick vi också kontakta patientansvarig sjuksköterska och/eller kontaktpersonen för vårdtagaren för muntlig information.

Sinnessstämningskurvor som redan var ett väl förankrat instrument i verksamheterna i Marks kommun innebar ytterligare ett verktyg för oss att använda för att samla data för att nå vårt syfte. Detta verktyg är utvecklat av en av projektledarna och visar hur vårdtagarens välbefinnande utspelar sig under ett dygn. Intresset från vår sida var att se ett eventuellt samband mellan lugn och ro i relation till taktil beröring. Omvårdnadspersonalen skulle utföra observationen med hjälp av sinnessstämningskurvan under fem dygn innan behandling med taktil beröring startades, därefter i ett dygn i mitten och i slutet av studien. Då vårdtagaren observerades i fem dygn var detta instrument mycket bra. Mönster kunde urskiljas, som till exempel att oron hos vårdtagaren som ofta trädde in på eftermiddagen eller kvällen. Att använda sinnessstämningskurvan endast under ett dygn visar egentligen inte något om vårdtagaren. För att få ett säkrare underlag anser vi att det hade varit bättre om observationen gjorts

under fem dygn vid alla tre tillfällen. I vår undersökning användes tyvärr inte sinnesstämningskurvan de veckor som vi hade önskat. Informationen om när den skulle användas var kanske otydligt framfört av oss författare. Eventuellt hade vi behövt ge omvårdnadspersonalen mer information, handledning och stöd när det gäller värdet i att göra noteringar i dokumentet.

Beslut att granska läkemedelslistor på varje vårdtagare grundades i att undersöka om taktil beröring kunde användas som en komplementär behandlingsmetod vid oro istället för att ge lugnande läkemedel. Läkemedelslistor granskades fyra veckor innan studien startats samt under tiden som undersökningen pågick. Syftet var att få en sammanfattning om hur läkemedelsadministrationen var innan och under tiden vårdtagaren fick taktil beröring. Vi ansåg detta som en passande metod för att få svar på vår frågeställning, om läkemedelsadministrationen i samband med taktil beröring i vår studie minskar. För att få större trovärdighet i resultatet om förbrukning av lugnande läkemedel förändras i samband med taktil beröring så hade det varit önskvärt att fler vårdtagare med lugnande läkemedel hade deltagit.

Vi är följaktligen inte helt belåtna med tillvägagångssättet när det gäller datainsamlingen. I efterhand anser vi att det hade varit bättre att utesluta journalanteckningar och istället inhämta information om vårdtagarna muntligt genom intervjuer med sjuksköterskan och kontaktpersonen. Datainsamlingen hade troligen underlättats genom bättre förberedelser om hur sinnesstämningskurvan skulle användas. Vi rekommenderar att det är en stor fördel att vara väl förberedd innan studenter genomför examensarbeten som är förankrade i pågående projekt i verksamheten. Det är viktigt att införskaffa vetskap om hur underlag och design till projektet ser ut och hur väl det är förankrat.

För att analysera insamlad data användes både kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys. Vi lade mycket tid på att sätta oss in i och förstå de centrala begrepp som används för att beskriva analysprocessen vid innehållsanalys. Metoden var till hjälp när likheter och skillnader i det insamlade materialet identifierades. Det svåraste i analysdelen/processen var att det var tre datainsamlingsmetoder och två ansatser att beskriva och tillämpa.

Resultatdiskussion

Demenssjukdomar ökar i takt med att medelåldern stiger i Sverige. Debatten om demensvården handlar mycket om hur den ska förbättras samt hur den ska bli mer effektiv då sjukdomen innebär höga samhällskostnader (SBU 2006; Socialstyrelsen 2007; Socialstyrelsen 2010). Enligt nationella riktlinjer för demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010) betonas en personcentrerad vård och omsorg, multiprofessionellt arbete samt utbildning av vårdpersonal som viktiga grunder för god vård och omsorg vid demenssjukdom. Forskning kring demensvården behöver utvecklas i de områden som inriktas mot individen. Studier bör även belysa omvårdnadspersonalens arbete samt omvårdnadsmöten dem emellan (SBU 2006). Detta är ett ämne som berör oss och att Socialstyrelsen (2010) betonar forskning som inriktas mot individen finner vi viktig att belysa då det finns en människa bakom en demenssjukdom som har olika speciella omvårdnadsbehov.

Resultat i studien bygger på omvårdnadspersonalens tolkningar av dementa personens upplevelse av välbefinnande. För att kunna belysa upplevelsen av välbefinnande måste omvårdnadspersonalen ha en god yrkeskompetens och kunskap om själva personen bakom demenssjukdomen. Vi anser att omvårdnadspersonalen dagligen gör bedömningar och tolkningar i omvårdnadsmötet med den demensdrabbade. Vid behandling med taktil beröring är det av ytterst vikt att ta hänsyn till vårdtagarens integritet och självbestämmande. Därför är en god kännedom om den dementa personens livsvärld viktig att ha kunskap om för att förstå vad som är behagligt för den unika personen. Att bemöta personer med demens ur deras livsvärldsperspektiv innebär enligt Dahlberg et al. (2003) att man uppmärksammar och förstår personens vardag ur den värld han/hon upplever den. Vår uppfattning är att vid forskning av personer med demens bör förändringar i deras livsmiljö undvikas i den mån det går. Att använda omvårdnadspersonal för studier anser vi är att föredra för att minska förvirringen hos denna patientgrupp.

Resultatet i studien visar på ett ökat välbefinnande hos deltagarna under behandling med taktil beröring. Välbefinnandet har uttryckts som en avslappnande och lugnande känsla. Om det beror på taktil beröring eller mänsklig närhet är svårt att besvara. Vad det än beror på så har vårdtagaren under behandlingen förbättrat sitt välbefinnande, vilket är positivt. Under behandlingstiden har omvårdnadspersonalen även observerat ökad medverkan i kommunikation och social samverkan, lindrad oro och smärta samt förbättrad sömn hos vårdtagarna. En av vårdtagarna uttryckte ” *att det är trevligt att någon som bryr sig om mig*”. Vi är övertygade om att det är väsentligt för människans välbefinnande att bli sedd och bekräftad. Det har visats i undersökningar att beröring skapar en upplevelse att bli bekräftad som en individ (Billhult & Määttä, 2009; Borch och Hillervik 2005; Alexandersson, Dehlén, Johansson, Petersson & Langius, 2003; Andrén, Störholt & Lundgren, 2005; Axelsson & Määttä, 2007; Johansson Hovstadius et al. 2005).

Samtliga vårdtagare i undersökningen liksom deltagare i tidigare studier (Billhult & Määttä, 2009; Borch & Hillervik, 2005; Johansson et al. 2005; Alexandersson et al. 2003) upplevde en avslappnande och lugnande känsla under tiden de fick behandling med taktil beröring. För två av vårdtagarna i studien infann sig dock den lugnande känslan först vid tredje behandlingen. En trolig orsak kan vara förändrade rutiner som studien innebar. Detta var något nytt för vårdtagarna och de förstod inte vad som hände. Vår uppfattning är att då vårdtagarna förstod vad behandling gick ut på kunde de slappna av. Följande studier visar på liknande resultat. I Skovdahls et al. (2007) studie om taktil beröring till personer med demens fann forskarna även att vissa deltagare hade svårt att slappna av i början. Deltagarna var misstänksamma och förstod inte vad som hände. Billhult och Määttä (2009) beskriver samma fenomen. En av deltagarna i deras studie framhöll att när kroppen inser att den ska bli berörd så är det lättare att slappna av. Forskarna fann även att majoriteten av deltagarna blev så avslappnade att de somnade. Axelsson och Määttä, (2007) beskriver att vid taktil beröring till ungdomar med anorexia nervosa var det inte ovanligt att vissa ungdomar var så avslappnade att de somnade. Fem deltagare i vår undersökning somnade under behandling eller gick och lade sig och sov då behandlingen var avslutad. Då vi själva fått taktil beröring vet vi av erfarenhet att denna behandling ger en lugnande och avslappnande känsla. Att ge taktil

beröring till personer med demens som är oroliga på kvällen skulle eventuellt kunna leda till förbättrad sömn nattetid.

Det är viktigt att tänka på då en studie genomförs med personer som drabbats av demenssjukdom att det krävs en otrolig god kännedom om den enskilda individens uttryck då deras kommunikativa uttrycksätt inte alltid är fullständig. Det den demensdrabbade uttrycker verbalt kan ha en annan innebörd än vad han/hon menar eller tvärt om. En deltagare i Skovdahl et al. (2007) studie visade ett aggressivt beteende och ville helst bli lämnad ensam. Efter behandling med taktil beröring upplevde dock omvårdnadspersonalen en större social interaktion med kvinnan samt att de fick en mer nära relation. Kvinnan uttryckte även ett välbefinnande. En annan deltagare i samma studie som hade svårt att kommunicera verbalt visade under behandlingen sitt välbefinnande genom att klappa personalen på båda kinderna samtidigt som han log. Detta framkom även i den aktuella studien. Tre deltagare förbättrade sin sociala samverkan till andra människor genom ögonkontakt, kroppskontakt, leende samt kommunikation. En orsak kan vara att då vårdtagarna fick positiv uppmärksamhet ville de besvara den. De som inte verbalt kunde uttrycka detta använde ögon- och kroppskontakt istället.

Flera studier beskriver positiva effekter när det gäller smärta, sömn, avslappning för deltagare i samband med taktil beröring (Andersson, Törnkvist & Wändell, 2009; Olsson, Rahm & Högberg, 2004; Axelsson & Määttä, 2007). Även Johansson Hovstadius et al (2005) fann liknande effekter då de undersökte beröringsmassage givet till patienter inom intensivvård. De fann även att deltagarna upplevde att de blev bemötta med respekt. Det är viktigt att se den enskilde människan som en person. Det görs genom att beröra och se människan. Fem deltagare i vår undersökning uppvisade ett lugnare beteende efter behandling med taktil beröring. Det hade varit intressant att veta hur lång tid efter behandling som effekten av lugnet fanns kvar vilket inte framkom. Då det gäller sömn - och smärtproblematik hos vårdtagarna förbättrades sömnen hos två deltagare och tre vårdtagare uttryckte minskad smärta. Dessa positiva effekter visar att taktil beröring kan vara en användbar komplementär behandlingsmetod i den dagliga omvårdnaden för vårdtagare med demens.

I vårt resultat framkom att en omvårdnadspersonal utvecklade en speciell relation till vårdtagaren som hon gav taktil beröring. Vår uppfattning är att relationen mellan omvårdnadspersonal och vårdtagare kan förstärkas i samband med taktil beröring om personalen upptäcker positiva effekter på vårdtagaren av beröringen. I Skovdahls et al. (2007) studie om taktil beröring till personer med demens uppgav omvårdnadspersonalen att de kunde interagera med vårdtagaren på ett mer positivt sätt och de upplevde att de hade en varmare relation med dem. Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2003) beskriver att de personer som i deras studie gav beröring i vården till äldre patienter, plötsligt uppfattade sig själva som en värdefull person och yrkesman, och inte bara någon som maktlöst mötte patienterna som objekt. Genom att ge beröring hade de fått möjlighet att lindra lidande. Studien visar också att istället för att se en krävande person som lider av demens såg de människan bakom sjukdomen. Andersson, Wändell & Törnkvist (2007) undersökte upplevelsen av att arbeta med taktil beröring för omvårdnadspersonal. De fann att det var viktigt att personalen hade en total närvaro i samspelet med patienten i samband med behandlingen och att en inre balans hos dem

själva var en förutsättning för total närvaro. Detta beror på att behandlingen kräver en hög grad av koncentration, öppenhet och lyhördhet för att märka effekter och reaktioner från patienten både verbalt och icke-verbalt. Holmes, Lauzon och Gagnon (2010) beskriver att det är utmanande att vårda demenssjuka personer då de inte bara kräver empati, omsorg och kunskap, utan också att omvårdnadspersonalen vågar erkänna känslor såsom rädsla, avsky och oro för den de vårdar. När vårdare öppet får uttrycka och bemästra dessa negativa känslor kan den genuina patientcentrerade vården äga rum.

Då verksamheter i Marks kommun idag har sparbetning, vilket medför att arbetsbelastningen för omvårdnadspersonalen ökar, kan man tänka sig att det går lättare att ge lugnande mediciner till den oroliga personen som drabbats av demens än ge komplementär behandling som till exempel taktil beröring. Behandling med taktil beröring kräver mänsklig närvaro vilket tar mer tid än att ge ett läkemedel. Det är viktigt att inte underskatta den taktila beröringens betydelse som komplementär behandling då resultat av taktil beröring i flera studier visar på ökat välbefinnande. Enligt Chiapelli, Navarro, Moradi, Manfrini och Prolo (2006) finns det inget botemedel mot demens men läkemedel som förbättrar eller stabiliserar patientens symptom används ofta. Det är inte ovanligt att läkemedel som kontrollerar beteendeproblem och då särskilt aggressivitet och känslomässig instabilitet används. Moretti et al. (2003) menar dock att dessa läkemedel dessvärre ofta har betydande biverkningar såsom sedering, depression, falltendens och inkontinens. Det är inte ovanligt att lugnande mediciner ofta snabbt sätts in på personer med demens trots kunskap om biverkningar. Detta medför att vårdtagarna lever med oönskade biverkningar då deras förståelse och kommunikativa förmåga är nedsatt. Att använda sig av taktil beröring i ett försök att undvika höga doser lugnande medicinering vore önskvärt. Vår uppfattning är att lugnande medicin inte helt kan tas bort men att intaget eventuellt kan minskas. I Billhult och Määttäs (2009) studie fann forskarna att intaget av ångstdämpande läkemedel reducerats under studieperioden med taktil beröring. De beskriver i sin studie, och vi instämmer i detta att det är viktigt att notera att beröring inte ersätter läkemedel men att beröring kan tjäna som ett komplement till den grundläggande medicineringen. Lindell och Ek (2010) har gjort en kartläggning av komplementära metoders utbredning och dess effekter inom psykiatriska verksamheter i sex län i Sverige. Resultatet visar att användandet av komplementära metoder är utbrett inom verksamheterna. De mest vanligt förekommande metoderna inom kommunal verksamhet är taktil stimulering, djurskötsel och bolltäckte. Inom region och landsting är ljusterapi, akupunktur och taktil stimulering vanligast. Resultatet visar även att det finns en hög samstämmighet om nyttan och effekterna i undersökningen. Effekterna av komplementär behandling beskrivs sammanfattningsvis i termer av ökat välbefinnande, avslappnande, minskad oro och ångest, förbättrad sömn, underlättande av kommunikation samt ökad kroppskänedom och självkänedom. Medicinförbrukningen har minskat och biverkningarna är inga eller få. Då vår studie påvisar samma positiva effekter trots att den pågick en kort period anser vi att det vore till nytta att implementera komplementära behandlingsmetoder i verksamheterna men det är viktigt att kontinuerligt utvärdera dem.

När det gäller frågeställningen om läkemedelskonsumtionen påverkas hos personer med demens i samband med att taktil beröring ges, ger resultatet i studien inget svar. Deltagandet i vår studie var alldeles för lågt för att visa effekter i denna fråga. I studien hade endast tre vårdtagare lugnande läkemedel vid behov vid oro. Två av dem visade på

minskad läkemedelskonsumtion. Den tredje vårdtagaren visade dock en markant höjning på lugnande och ångestdämpade läkemedel. Vid efterforskningar visade sig att man upptäckt att mannen hade cancer med spridning till skelettet, vilket ofta ger stor smärtproblematik. För framtida forskning är det intressant med en större studie som undersöker sambandet mellan taktil beröring och läkemedelsadministrationen.

Slutsats

Beröringens betydelse förmedlar alltid något oavsett i vilket syfte beröring utförs. I vår studie var syftet att undersöka om taktil beröring kan höja välbefinnandet hos personer med demens. Studiens resultat visar att samtliga vårdtagare upplevde välbefinnande under tiden som beröringen pågick. Det visades genom verbala uttryck eller genom kroppsspråket. Deltagarna upplevdes av personalen även vara något lugnare efter behandling, men resultatet visar inte hur länge detta lugn bestod. En vårdtagare uttryckte *"att det är trevligt att någon bryr sig om mig"*. Om det är taktil beröring i sig eller om det är den mänskliga närvaron som inger ökat välbefinnande, är svårt att säga då vår undersökningsgrupp och datamaterialet är för litet för att kunna generalisera resultatet.

Vår förhoppning är att omvårdnadspersonal på demensboenden i kommunen ska få tid till att använda taktil beröring som en komplementär behandlingsmetod vid oro hos personer med demens och att taktil beröring utförs innan läkemedel ges. Omvårdnadspersonalens yrkeskompetens höjs då de erhåller ytterligare redskap att arbeta med i syfte att skapa välbefinnande hos varje person i deras verksamhet. För att kunna implementera taktil beröring i verksamheterna behöver ledningen vara införstådd med vinsterna av att utföra behandlingen. Mer forskning om olika komplementära behandlingsformer behövs därför i framtiden.

Tack

Vi känner stor tacksamhet till all omvårdnadspersonal, vårdtagare och deras närstående som på något sätt varit med och hjälpt oss genomföra denna undersökning. Utan Er hade det inte blivit något examensarbete.

REFERENSER

- Amella, E.J. (2004). Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 3(39), 607-623.
- Alexandersson, M., Dehlén, C., Johansson, I., Petersson, I., & Langius, A. (2003). Taktill massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*, 1(23), 27-30.
- Andersson, K., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2003). Tactile massage improves glycaemic control in women with type 2 diabetes: a pilot study. *Practical Diabetes International*. 3(21), 105-109.
- Andersson, K., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2007). Working with tactile massage – A grounded theory about the energy controlling system. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 4(13), 258-265.
- Andersson, K., Törnkvist, L., & Wändell, P. (2009). Tactile massage within the primary health care setting. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 3(15), 158-160.
- Andrén, K., Störholt, L., & Lundgren, I. (2005). Kvinnors upplevelse av taktill massage under förlossning. *Vård i Norden*, 4(25), 10-14.
- Ardeby, S. (2003). *När orden inte räcker. Om händer, hud, nervsystem ur ett taktillt perspektiv samt bakgrunden till originalmetoden Taktill massage*. Stockholm: Ambosantus.
- Ardeby, S. (2005). *Arbeta med beröring för friskvård och omvårdnad*. Stockholm: Ambosantus.
- Axelsson, E., & Määttä, S. (2007). Tactile touch as treatment for youths suffering from anorexia nervosa. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 27(3), 35-39.
- Basun, H. (2004). Alzheimers sjukdom. Farmakologisk behandling. G. Armanius Björlin, et al.(Red.). *Om demens*. (s.27-38). Falköping: Liber.
- Bergsten, U., Petersson, I. & Arvidsson, B. (2005). Perception of tactile massage as a complement to other forms of pain relief in rheumatic disease. *Musculoskeletal Care*, 3(3), 157-167.
- Billhult, A., & Dahlberg, K. (2001). A meaningful relief from suffering. Experiences of massage in cancer care. *Cancer Nursing*, 3(24), 180-184.
- Billhult, A., & Määttä, S. (2009). Light pressure massage for patients with severe anxiety. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2(15), 96-101.
- Borch, E. & Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet – patienter berättar. *Vård i Norden*. 4(25), 4-9.

- Bush, E. (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 3(19), 256-270.
- Chiapelli, Navarro, Moradi, Manfrini och Prolo (2006). Treatment of patients with alzheimer´s disease. *Evidence-based Research in Complementary and Alternative medicine*, 3(4), 411-424.
- Currin, J. & Meister, E A. (2008). A Hospital-based Intervention Using Massage to Reduce Distress Among Oncology Patients. *Cancer Nursing*. 3(31), 214-221.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. 1(22), 4-8.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K. (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- 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*, 4(12), 601-609.
- Eide, H., & Eide, T. (2005). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 1(62), 107-115.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Forsman, B. (2005). *Etik i biomedicinsk forskning – en orientering*. Lund: Studentlitteratur.
- George, A. (2009). Quantitative and qualitative approaches to content analysis. K. Krippendorff & A. Bock Mary, (Red.). *The content analysis reader*. Sage. Publication Inc.
- Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing Older People*, 2(16), 18-21.
- Gleeson, M., & Timmins, F. (2004). The use of touch to enhance nursing care of older person in longterm mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 5(11), 541-545.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2(24), 105-112.

- Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot Massage: A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing*, 3(23), 237-243.
- Gustavson, L. (2004). Frontallobsdemens. G. Armanius Björlin. et al. (Red). *Om demens* (s.55-72). Falköping: Liber.
- Harrison, L.L. (2001). The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 4(1), 235-241.
- Henricson, M. (2008). Tactile touch in intensive care. Nurses' preparation, patients' experiences and the effect on stress parameters. Doktorsavhandling. Karlstads Universitet och Högskolan Borås: Borås.
- Henricson, M., Berglund, A-L., Määttä, S., Ekman, R., & Segesten, K. (2008). The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17), 2624-2633.
- Hicks-Moore, S.L., & Robinson, B.A. (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*, 1(7), 95-108.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik*. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur.
- Holmes, D., Lauzon, S., & Gagnon, M. (2010). Encountering the Other: Nursing, Dementia Care and the Self. T. Rudge & D. Holmes, (Red.). *Adjectly Boundless. Boundaries, Bodies and Health Work*. (s. 27-38). Farnham: Ashgate Publishing limited & Burlington: Ashgate Publishing Company.
- Hällgren Granehim, U. (2004). *Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*. Avhandling Umeå universitet, no 906: Department of Nursing, Medical Faculty, Umeå University, Umeå Sweden.
- Johansson Hovstadius, E., Styvberg, E-M., & Wendt, A. (2005). Beröringsmassage i rogivande syfte på intensivvårdspatienter. *Vård I Norden*, 52(75), 52-55.
- Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården – vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 2(28), 4-8.
- Kim, E.J., & Buschmann, M.T. (2004). Touch-Stress Model and Alzheimer's Disease. Using Touch Intervention to Alleviate Patient's Stress. *Journal of Gerontological Nursing*, 12(30), 33-39.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur.
- Langmore, S., Olney, R., Lomen-Hoerth, C., & Miller, B. (2007). Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. *Archives of Neurology*, 1(64), 58-64.

- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindell, L & Ek, A-M. (2010). *Komplementära metoder i psykiatriska verksamheter – och brukares upplevelser och erfarenheter*. FoU rapport 2010:5. Hämtad: 2010-10-13 från http://dspace.mah.se:8080/bitstream/2043/10520/1/FoU%20Rapport%202010_5.pdf
- Lindrea, K.B., & Stainton, M.C. (2000). A case study of infant massage outcomes. *The American journal of maternal child nursing*, 2(25), 95-99.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Moretti, R., Torre, P., Antonello, R., Cazzato, G., Griggio, S., & Bava, A. (2003). Olanzapine as a treatment of neuropsychiatric disorders of Alzheimer's disease and other dementias: A 24- month follow-up of 68 patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 4(18), 205-214.
- Myrin, M. (2008). (Red.) *Mjuk massage I praktiken. Projekt och insatser inom vård och omsorg*. Stockholm: Ambosantus AB.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2004). Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber.
- Olsson, I., Rahm, V., & Högberg, H. (2004). Tactile massage after stroke and improved quality of life. *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 2(24), 21-26.
- Petzäll, K., & Olsson, H. (2007). Subjective well-being in old age. *Vård i Norden*, 4(27), 9-13.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck, C.T., (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*. 11(47), 1451-1458.
- Regionala etikprövningsnämnden. (2002). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad: 2010-05-20 från <http://www.epn.se/start/bakgrundbestaemmelser.aspx>
- Salmela, S., Fagerström, L., & Eriksson, K. (2007). Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprocesser. *Vård i Norden*, 4(27), 20-24.
- SBU. (2006). *Sammanfattning av SBU:s rapport om demenssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU.

SBU. (2007). *Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag*. Stockholm: Elanders.

Skovdahl, K., Sörlie, V., & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 2,162-170.

Slaughter, S., Cole, D., Jennings, E., & Reimer, M. (2007). Consent and assent to participate in research from people with dementia. *Nursing Ethics*, Vol. 1(14), 27-40.

Socialstyrelsen.(2007). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Hämtad: 2010-10-23 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Hämtad :2010-10-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/omriktlinjerna>

Starre, J. (2000). *Massageteknik. Lärobok I massage*. Stockholm. Medicinskt Korsforum.

Strandmark, M. (2006). Health means vital force – a phenomenological study on self-image, ability and zest for life. *Vård I Norden*, 1(79), 42-47.

Svensk författningssamling. (SFS, lag 2003:460). *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad den 2010-12-04 från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>

Underdown, A., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2010). Tactile stimulation in physically healthy infants: results of a systematic review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 1(28), 11-29.

Uvenäs Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring. Oxycontinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vårdguiden.(2008). *Stockholms Läns Landsting. Begrepp inom komplementär och alternativ medicin*. Hämtad: 2010-10-13 från <http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Lagar--rattigheter/Komplementar-och-alternativ-medicin/Begrepp-inom-komplementar-och-alternativ-medicin/>

Vetenskapsrådet.(2006). *Brett utbud men dålig dokumentation*. Hämtad:2010-10-13 från <http://forskningochmedicin.vr.se/knappar/tidigarenummer/innehallnr32003/alternativmedicinbrettutbudmendaligdokumentation.4.2aebc6b810f3c933b1580004614.html>

Wigforss Percy, A. (2006). *Massage och hälsa*. Lund; Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wikström, S., Gunnarsson, T., & Nordin, C. (2003). Tactile stimulus and neurohormonal response: A pilot study. *Intern. J. Neuroscience*, 113, 787-793.

Ågren, A., & Berg, M. (2006). Tactile massage and severe nausea and vomiting during pregnancy – women's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2(20), 169-176.



Information och samtycke kring projekt om taktil beröring på personer med demens.

Information till närstående.

Kinna 2010-04-25

I Marks kommun har Siv Tagesson (projektansvarig och distriktssköterska i kommunen) och Anna Rydberg (projektansvarig) startat ett projekt, där de utbildat omvårdnadspersonal i Mark kommun i taktil beröring. Syftet med att lära ut taktil beröring var att kunskapen skulle ge personalen ett redskap, att i sin tur erbjuda personer med demens ett ökat välbefinnande.

Vi är två Distriktssköterskestuderande som i samband med vår magisteruppsats blivit inbjudna av Siv Tagesson och Anna Rydberg att göra en utvärderingsstudie för att se om taktil beröring eventuellt kan höja välbefinnandet hos personer med demens.

Bakgrund och syfte med vår uppsats.

För fyrtio år sedan började en sjuksköterska, Siv Ardeby, utveckla en form av mjuk massage. Metoden består av en smärtfri och medveten, mjuk och tydlig beröring av huden utan att underliggande muskler manipuleras. Olika studier har visat att Taktil beröring:

- Ökar välbefinnandet
- Är ett sätt att kommunicera
- Kan lindra smärta och har en avslappnande effekt.
- Kan lugna oroliga, rastlösa personer.
- Ger närhet och avkoppling.

Syftet med studien är att undersöka om taktil beröring påverkar välbefinnandet hos personer med demens.

Förfrågan om deltagande.

För att genomföra vår studie tillfrågas Ni om samtycke med att låta er närstående delta i undersökningen. Ett samtyckesformulär bifogas denna information.

Hur går studien till?

Undersökningen kommer att pågå i sex veckor och den första veckan observeras de utvalda vårdtagarna i fem dygn med hjälp av en sinnesstämningskurva (bilaga 1). Därefter kommer vårdtagaren att få taktil beröring tre gånger i veckan de första tre veckorna och därefter två gånger i veckan i två veckor.

Den taktila beröringen och observationerna kommer uteslutande göras av personalen på boendet, alltså inte av oss som gör undersökningen. Detta medför att vårdtagarna kommer att observeras och beröras av personal de känner igen sen tidigare.

Varje utvald vårdtagare kommer att få en dagbok, där personalen ska skriva ner svar på frågor som vi undrar över, (bilaga 2) samt notera om de upplever någon förbättring/försämring hos vårdtagaren.

För att se om taktil beröring har haft någon effekt på de inbjudna vårdtagarna kommer vi sedan att gå igenom sinnesstämningskurvor, dagböcker, journalanteckningar samt vårdtagarnas läkemedelslistor (har lugnande läkemedel eventuellt minskat).

Vilka är riskerna?

Risken kan vara att vårdtagaren inte vill medverka i behandlingen av taktil beröringen genom att verbalt eller kroppsligt uttrycka missnöje. Skulle detta uppenbara sig kommer undersökningen på denna vårdtagare att avbrytas.

Vilka är fördelarna?

Nyttan med att studera hur taktil beröring kan påverka dementa personer, kan ge personer runt den drabbade ytterligare ett redskap att öka välbefinnandet hos den som drabbats av demens.

Hantering av undersökningsmaterial samt sekretess.

Vi som gör undersökningen är sjuksköterskor och har i över 20 års erfarenhet inom sjukvården och är väl förtrogna med att hantera uppgifter rörande patienter/vårdtagare med sekretess. Det som framkommer i undersökningen kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Samtliga deltagare kommer att avidentifieras.

Hur får jag information om uppsatsens resultat?

När uppsatsen är färdig i början av 2011, kommer den att lämnas till enhetschefen alternativt den patientansvariga sjuksköterskan för det boende där deltagaren bor. Vid intresse av resultatet kontakta någon av dessa.

Frivillighet.

Undersökningen är frivillig och Ni kan när som helst ta tillbaka ert samtycke utan förklaring. All data som gjorts på vårdtagaren kommer då omedelbart att kasseras.

Vid frågor om undersökningen kontakta gärna någon av oss.

Nina Hänninen

Tfn: 073-xxx xx xx

E-mail: kulins9@hotmail.com

Nina Torstensson

Tfn: 070-xxx xx xx

E-mail: nina.skene@hotmail.com

Siv Tagesson. Projektledare, Marks kommun. Tfn: 0320-xxx xx. E-mail:

siv.tagesson@mark.se

Vår handledare i examensarbetet heter Berit Lindahl, lektor på institutionen för vårdvetenskap på högskolan Borås. Vid eventuella frågor går det bra att kontakta henne på telefon 033-xx xx xx eller e-mail: berit.lindahl@hb.se



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Skriftligt samtycke till att min närstående delta i studien.

Jag har tagit del av den skriftliga och muntliga informationen angående studien och ger härmed mitt samtycke till att min närstående får delta i denna undersökning.

Vårdtagarens namn:.....

Jag samtycker till att min närstående är med i undersökningen.....

Jag samtycker INTE till att min närstående är med i undersökningen.....

Datum.....

Närståendes underskrift.....



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Information kring projekt om taktil beröring på personer med demens.

Information till verksamhetschefen/omvårdnadspersonalen.

Kinna 2010-04-25

Kan taktil beröring förbättra välbefinnande hos personer med demens?

Siv Tagesson och Anna Rydberg har under våren utbildat omvårdnadspersonal i Mark kommun i taktil beröring. Syftet med att lära ut taktil beröring var att kunskapen skulle ge personalen ett redskap, att i sin tur erbjuda personer med demens ett ökat välbefinnande.

Vi är två Distriktssköterskestuderande som i samband med vår magisteruppsats blivit inbjudna av Siv Tagesson och Anna Rydberg att göra en utvärderingsstudie för att se om taktil beröring eventuellt kan höja välbefinnandet hos personer med demens.

Hjälpen vi behöver från Er är att fylla i sinnesstämningskurvan samt att ge taktil beröring enligt schemat nedan. Den taktila beröringen ger Ni när det passar er och vårdtagaren. I samband med varje taktil beröring besvaras 4 frågor (se nedan) av den person som utför beröringen. Frågorna kommer att finnas och kan även besvaras i den dagbok som kommer att tillhöra vårdtagaren.

Under dessa 6 veckor önskar vi hjälp med att observera dessa utvalda vårdtagare av **ALL** personal som är i kontakt med vårdtagaren. I vårdtagarens dagbok kan **alla** föra noteringar om de märker någon skillnad (förbättring/försämring) angående vårdtagarens välbefinnande. Ni ska även som tidigare föra daganteckningar i vårdtagarens journal.

Veckorna kommer att se ut så här:

Vecka 1. Sinnesstämningskurva över 5 dygn fylls i.

Vecka 2. Taktil beröring 3 gånger/vecka

Vecka 3. Taktil beröring 3 gånger/vecka

Vecka 4. Taktil beröring 3 gånger/vecka. + Sinnesstämningskurva över 1 dygn.

Vecka 5. Taktil beröring 2 gånger/vecka

Vecka 6. Taktil beröring 2 gånger/vecka + Sinnesstämningskurva över 1 dygn

Frågor för Er som utför beröringen, att besvara i samband med den taktila beröringen. Skrivs i dagboken.

1. I vilken sinnestämning (orolig, spänd, lugn, ångestfylld, apatisk, aggressiv osv) var vårdragaren **före** den taktila beröringen.
2. Var/blev vårdragaren lugn/tillfreds **under** den taktila beröringen.
3. Hur länge pågick behandlingen?
4. I vilken sinnestämning var vårdragaren **efter** behandlingen?

Om det är möjligt vore vi mycket tacksamma om ni inte hoppar över något taktil beröringstillfälle, ge i så fall en kortare behandling med beröring.

Har ni några frågor så hör gärna av er till oss.

Nina Hänninen Tfn:0320-xxx xx . Mobil.073-xxx xx xx

kulins9@hotmail.com

Nina Torstensson Tfn:0320-xxx xx. Mobil:070-xxx xx xx

nina.skene@hotmail.com

Siv Tagesson. Projektledare. Tfn: 0320-xxx xx. E-mail: Siv.tagesson@mark.se

