



# ”Fra vask til bad”

Miljøet, taktil stimulering og berøringens betydning for personer med demens i sykehjem



Desember 2010

Et samarbeidsprosjekt mellom Undervisningssykehjemmet Moen sykehjem, Elverum, avdeling 2 ved avdelingsleder Janne Kristiansen, Høyskolen i Hedmark Institutt for sykepleiefag.

---

## Innhold

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....	4
1.2 PROSJEKTETS FORMÅL .....	6
1.3 PROSJEKTORGANISERINGEN .....	7
<b>2. PROSJEKTSKISSE .....</b>	<b>8</b>
2.1 FORBEREDELSE I FORKANT .....	8
2.2 OPPDAGELSER OG UTFORDRINGER UNDERVEIS .....	9
<b>3. PROSJEKTETS FASER .....</b>	<b>11</b>
3.1 BASELINE SPØRRESKJEMA TIL SYKEPLEIER STUDENTER I PRAKSIS .....	11
3.2 I STANDGJØRING AV BADET .....	11
3.3 KOMPETANSEOPPBYGGING .....	12
3.3.1 <i>Forelesning om holdninger og etikk .....</i>	<i>12</i>
3.3.2 <i>Forelesninger om sykdommen demens.....</i>	<i>12</i>
3.3.3 <i>Opplæring i bevisst berøring ut ifra sansestimuleringsmetoden – Taktil stimulering.</i>	<i>13</i>
3.3.4 <i>Opplæring og bruk av kunnskapsbasert praksis .....</i>	<i>13</i>
3.3.5 <i>Resultat av kunnskapsbasert forskning .....</i>	<i>17</i>
<b>4. GJENNOMFØRINGSFASEN .....</b>	<b>23</b>
<b>5. VÅRE FUNN OG ERFARINGER.....</b>	<b>25</b>
5.1 PASIENT 1: .....	25
5.2 PASIENT 2: .....	27
5.3 PASIENT 3: .....	28
5.4 PERSONALET S ERFAINGER – UTTRYKTE OPPLEVELSER.....	29
<b>6. REFLEKSJON OG KONKLUSJON. ....</b>	<b>30</b>
6.1 FORMÅLSOPPNÅELSE MED PROSJEKTET .....	31

---

<b>7. VEIEN VIDERE.....</b>	<b>33</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>35</b>

# 1. Innledning

## ”Fra vask til bad”

*Et prosjekt om sansestimuleringens betydning for personer med demens i sykehjem. Kan vi ved å ta i bruk badet og berøring som et miljøtiltak skape ro, gi økt velvære, samt redusere angst og uro for denne pasientgruppen? Prosjektet skal også bidra til en utvikling av mer kunnskapsbasert praksis i sykehjemmet.*

Et samarbeidsprosjekt mellom Undervisningssykehjemmet Moen Sykehjem Elverum, og Institutt for sykepleiefag ved Høgskolen i Hedmark.

Prosjektet har pågått våren 2009 – høsten 2010.

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet

En undersøkelse foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i 2005, viser at omtrent 80 % av pasientene i norske sykehjem har en demens diagnose, men det finnes tilrettelagt botilbud for kun 20 % av disse. (Engedal & Hauge, 2006)

Det fysiske miljøets utforming er av stor betydning i møte med denne pasientgruppen. På grunn av plassmangel befinner flesteparten av disse pasientene seg i store sykehjemsavdelinger hvor miljøet er stort og uoversiktlig. Dette kan skape en del unødig uro for denne pasientgruppen som trenger små trygge enheter. Dette var bakgrunnen for at vi ønsket å jobbe med dette. Kunne vi skape en liten ”oase” i avdelingen, som ville gi trygghet og redusere angst og uro for denne pasientgruppen, ved å ta i bruk badet vårt og enkle metoder som berøring?

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse definerer miljøbehandling for personer med demens slik; ”For personer med demens vil målet være å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Å skape glede, trivsel og livskvalitet og derved redusere angst og uro, er et viktig mål. Målsettingen må hele tiden tilpasses pasientens forutsetninger”. (www.aldringoghelse.no)

Selv om demensrammede har en kognitiv svikt, betyr ikke det at sanseapparatet er redusert, men evnen til å tolke og integrere sanseinntrykkene kan være redusert på grunn av hjerneskaden. Det er gjennom sanseapparatet vi opplever omverdenen. Syn, hørsel, følelse ved berøring, lukt, og smakssansen er bevart hos personer med demens, men det er viktig å finne ut hva de takler ut fra sine egne forutsetninger (Hasselø, 2003 ).

Menneskelige relasjoner er en grunnleggende ingrediens i all behandling, men er av spesiell relevans og verdi i demensomsorgen. Kommunikasjonen må formes til den enkelte person, dens gjenværende ressurser, demenstype og aktuelle behandlingsmål. Berøring er også en form for kommunikasjon med personer med demens. Når både orienteringsevne, hukommelse og virkelighetsforståelse svikter, vil livskvaliteten avhenge av hjelperens holdninger og menneskesyn og det forutsetter både evne og vilje til nærvær i et løpende samspill. Det er viktig å kartlegge personens historie og vaner før man setter inn tiltak.

Ut fra muligheten om å søke praksismidler fra Høyskolen i Hedmark, og frie midler fra Undervisningssykehjemmet i Hedmark ble ideen vi hadde til et prosjekt.

Prosjektet er inspirert av et prosjekt i Nord-Norge ”Bukta spa” Et prosjekt for sansestimulering og velvære for personer med kognitiv svikt, ved prosjektleder Wenche Gjever, tidligere avdelingssykepleier ved Kroken Undervisningssykehjem i Troms (Ref; fagskriftet Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter, vol. 11- nr 3 – 2007, s 39)

Samt prosjektet ”Gode øyeblikk” Et prosjekt om betydningen av å bruke sansestimulering i møte mellom pasient/ pårørende, pasient/ ansatte. Et samarbeidsprosjekt mellom Geriatrisk poliklinikk ved Indremedisinsk avdeling, divisjon Elverum – Hamar og Lærings – og mestringscenteret i Sykehuset Innlandet og Undervisningssykehjemmet i Hedmark ved Ottestad sykehjem, Stange kommune (Desember 2008)

## 1.2 Prosjektets formål

Dette prosjektet har flere formål:

- Tilby pasientene best mulig pleie innenfor utvalgt tema – miljøbehandling – berøring og sansestimulering (taktil stimulering)
- Utvikle kunnskap innenfor områdene demens, miljøbehandling, og bevisst berøring som sansestimulering (taktil stimulering)
- Utvikle sykepleiertjenesten på sykehjemmet sin kompetanse i å kritisk granske sin egen virksomhet med utgangspunkt i best mulig kunnskap.
- Samarbeid og kunnskapsutveksling mellom praksissted og lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.
- Utvikle sykepleierstudentenes praksisstudier, blant annet gjennom at studentene får rollemodeller i sykepleie på praksisplassen som aktivt og kritisk gransker egen virksomhet, og at de får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Helse og omsorgsdepartementet har gjennom Delplan til Omsorgsplan 2015, Demensplan 2015, ”Den gode dagen” satt fokus på personer med demens.

*”Målet med tiltakene i demensplanen er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt.”*  
(planens forord)

Vi ønsket også med dette prosjektet å sette fokus på Nasjonale føringer.

## 1.3 Prosjektorganiseringen

Prosjektet ble et samarbeidsprosjekt mellom:

- Undervisningssykehjemmet i Hedmark, Moen sykehjem avdeling 2, Elverum kommune.
- Høyskolen i Hedmark Institutt for sykepleiefag.

Det ble satt ned en arbeidsgruppe bestående av:

Prosjektleder: Janne Kristiansen. Avdelingsleder Undervisningssykehjemmet i Hedmark Moen sykehjem avd. 2.

Arbeidsgruppe: Monica Berg, Fagutviklingssykepleier Moen sykehjem.

Anne Knippa, sykepleier avd. 2.

Solveig Pettersen, sykepleier avd. 2,

Britt Solhaug, hjelpepleier avd. 2,

Anne Lise Holthe, hjelpepleier avd. 2

---

## 2. Prosjektskisse

Prosjektet ble tenkt som et samarbeidsprosjekt. Det ble søkt praksismidler fra Høgskolen i Hedmark, Institutt for sykepleiefag og ”frie midler” fra Undervisningssykehjemmet i Hedmark.

I Demensplan 2015 står det:

*”Demens har vært lavt prioritert både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og omsorgstjenesten. Tjenestetilbudet er mange steder ikke tilrettelagt verken bygningsmessig, organisatorisk eller faglig for mennesker med demens og kognitiv svikt.”*

Avdeling 2 er en stor somatisk sykehjemsavdeling, som ikke er tilrettelagt verken bygningsmessig, organisatorisk eller faglig for personer med demens. Vi ønsket å sette fokus på dette, og bidra til økt kompetanse blant personalet på sykehjemmet, både innenfor område miljøbehandling, sansestimulering og demens, samt økt kunnskap i å kritisk granske egen praksis i forhold til utøvelse av sykepleie til pasientene våre.

Bygningsmessige utforminger var det vanskelig å få gjort noe med, men avdelingen hadde et gammelt baderom som nå ble brukt som lager. Ved å sette badet i stand til et velværerom, ønsket vi å se på om det kunne brukes som en ”oase” med ro og trygghet, hvor vi også tar i bruk enkle miljøbehandlingstiltak som berøring.

Vi ønsket å snu tanken om at pasientene kun skulle bade for å bli rene, til å se på bad som et miljøbehandlingstiltak – ”Fra vask til bad”

### 2.1 Forberedelser i forkant

På bakgrunn av muligheten til å søke praksismidler fra Høgskolen i Hedmark og ”Frie midler” fra Undervisningssykehjemmet ble det utarbeidet en prosjektskisse. Det ble satt ned en arbeidsgruppe ved Moen sykehjem avdeling 2, som skulle arbeide med prosjektet. Vi fikk inn midler øremerket til opplæring og kompetanseheving. Vi manglet imidlertid midler for å kunne sette i stand badet. Vi søkte da ulike lag og foreninger om støtte, og fikk tilslutt tilslag hos venneforeningen ved Moen sykehjem, den lokale foreningen Lions og fra en kommunal stiftelse for helse og omsorg.

---

## 2.2 Oppdagelser og utfordringer underveis

Prosjektskissen ble skrevet våren 2009. Vi skrev i skissen at vi ønsket å satse på sansestimulering, og hadde da sett for oss et bredt spekter. Berøring, musikk, lukter, lys osv. Men vi oppdaget underveis at det var mest hensiktsmessig å satse på en metode.

Arbeidsgruppen var i startfasen på kurs i Oslo i regi av Geria, hvor temaet var miljøbehandling. Her ble gruppen introdusert for berøring som bevist metode i arbeidet med eldre og personer med demens. Metoden kalles taktil stimulering. Introduksjonen ble gitt av Chanette Røihjert, fra Dine sanser - skole for berøring. ( se vedlegg) Dette ble den metoden vi ønsket å benytte oss av i prosjektet.

Omsorgspersonell bruker sine hender mange ganger i mange forskjellige situasjoner i den daglige omsorgen. De aller fleste gangene er personell ubevist på om hvordan brukeren oppfatter/opplever å bli tatt på med disse hender. Oftest er personell opptatt av selve handlingen som skal utføres, men ubevist på om ens hender er kalle, harde, tar brått i brukeren o.s.v. Opplæring i taktil stimulering og berøring som miljøtiltak og sansestimuleringsmetode vil gi personell kunnskap. Det vil gi dem en økt årvåkenhet i hvordan å nærme seg en person med demens på en god måte.

En utfordring når en jobber i et prosjekt er å skaffe til veie penger for selve prosjektet. Vi i prosjektgruppen opplevde at det var mye velvilje for å gi penger til prosjektet vårt i form av kompetanseheving til de ansatte. Det som var vanskelig var å få penger til å pusse opp badet og til å kjøpe nødvendig utstyr som blant annet nytt badekar. Vi søkte også eiendomsavdelingen om å få pusset opp badet (vegger og nytt gulvbelegg) men fikk avslag på dette. Organisasjonskartet viser at eiendomsavdelingen er ansvarlig for selve bygget, og Pro (Pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen) er ansvarlig for utstyr og bemanning av sykehjemmet.

Det ble søkt midler hos ulike aktører, men fra de fleste fikk vi penger til kompetanseheving hos de ansatte. Vi brukte derfor noe lenger tid i oppstartfasen til å skaffe til veie penger for oppussing og innkjøp av utstyr. Dette gjorde at prosjektet ble noe forsinket i forhold til våre planer.

I etterkant av prosjektet ser vi at det kanskje ville være lurt å involvere eiendomsavdelingen på et tidlig stadiet av planleggigen, slik at vi får kartlagt kostnader osv før vi skriver en detaljert prosjektplan.

En annen utfordring i prosjektarbeidet er å få ut informasjon og skape engasjement til alle som jobber ved avdelingen. For å få gjennomført prosjektet er det viktig at alle deltar med blant annet registreringer av ulike aktiviteter, svare på spørreskjemaer osv. Når bemanningen jobber turnus er det vanskelig å nå alle som jobber der, med samme informasjon og opplæring.

### 3. Prosjektets faser

Prosjektet ble delt inn i fem faser:

- Baseline spørreskjema til sykepleierstudenter i praksis
- Istandgjøring av badet
- Kompetanseoppbygging
- Gjennomføringsfasen
- Evalueringsfasen

#### 3.1 Baseline spørreskjema til sykepleier studenter i praksis

Sykepleierstudenter i praksis våren 2009, fikk utdelt et baseline skjema, hvor vi ønsket å prøve å kartlegge holdninger til bad, slik de opplevde det i avdelingen da. Vi fikk inn 8 besvarelser. Badet var på denne tiden ryddet, og det var mulighet for å bruke det, men oppussingen gjenstod. Vi hadde heller ikke på denne tiden startet kompetansehevingen blant personalet. Besvarelsene konkluderte med at det var en holdning i avdelingen til at det var for travelt til at personalet kunne tilby pasientene bad. Sykepleierstudentene gav også en tilbakemelding på at de opplevde at ikke alle pasientene forsto hva de skulle når de ble dusjet, og at dusjen ble noe som ble fort unnagjort med målsetning om at pasienten skulle bli ren.

#### 3.2 Istandgjøring av badet

Da vi var avhengig av midler og hjelp til istandsetting, tok dette lengre tid enn vi først hadde sett for oss. Arbeidsgruppa hadde jevnlige møter, og var ute på handletur for innkjøp. Vi brukte eksterne malere til tapetsering og maling. Det ble holdt offisiell åpning av badet 20.september 2010.

---

## 3.3 Kompetanseoppbygging

Før prosjektets gjennomføringsfase startet, måtte vi ha en kompetanse oppbygging. Temaene vi satset på var:

- Holdninger og etikk
- Teori om sykdommen demens
- Opplæring i valgt sansestimuleringsmetode – taktilstimulering.
- Kurs i kunnskapsbasert praksis

### 3.3.1 Forelesning om holdninger og etikk

Ut fra baseline besvarelse og tilbakemeldinger i avdelingen, så vi at en av utfordringene var holdningen i avdelingen til at bading tok tid. Den 07.01.2010, arrangerte vi derfor fagdag med Torleif Lundquist. Han er en kjent foredragsholder i temaet holdninger og etikk, og har gitt ut blant annet boka ”Under overflaten”.

**”Det du tenker, sier og gjør mange nok ganger, blir virkelighet”** var navnet på dagen. Med humor og alvor ga Torleif Lundqvist oss et innblikk i sine tanker og betraktninger om samfunnet, hver og en av oss som enkeltmennesker. Han sa blant annet at: Vi har verdens strengeste røykelov, for passiv røyking er farlig. Hva med snurping (pessimisme) som også er farlig og i tillegg smittsomt. Burdet det ikke bli samme strenge regler for det? Altså eget snurperom, eller gå ut og snurp. Pessimisme er smittsomt og optimisme er smittsomt. Hvilken side vil DU smitte,? Den negative eller positive? Det du tenker, sier og gjør mange nok ganger, blir din virkelighet sier Lundqvist.

### 3.3.2 Forelesninger om sykdommen demens

Det er 44 stk fra Moen sykehjem som er i studiegrupper i Demensomsorgens **ABC**: De 4 første gruppene avslutter våren 2011 og de 3 siste gruppene skal starte på perm 2 og avslutter neste vår. Ettersom de blir ferdige med permene, vil de få utstedt studiebevis. Det har vært naturlig å knytte demensomsorgens ABC opp mot prosjektet. Hvor deltagere i studiegruppene har delt det de har fått av kunnskap med andre medarbeidere.

---

### **3.3.3 Opplæring i bevisst berøring ut ifra sansestimuleringsmetoden – Taktil stimulering.**

Vi valgte sansestimuleringsmetoden berøring - taktilstimulering, dette da - berøring er et grunnleggende behov som vi mennesker har for vår utvikling, og for vår helse og velvære – fra livets begynnelse til livets slutt. Behovet for berøring øker ved sykdom, skader og funksjonshemninger. Taktil stimulering er en bevist og strukturert berøring som aktiverer huden, vårt største og første sansorgan. Berøring ut fra metoden Taktil stimulering gis med myke og langsomme strykninger og følger alltid et bestemt system, for å gjøre metoden gjenkjennelig. Bevist bruk av berøring vil kunne skape ro, og gi trygghet i hverdagen.

(Chanette Roihjert – dine sanser)

Vi hadde en ”kick off ” dag med Chanette Roihjert 07. mai 2010. Her ble vi introdusert for metoden Taktil stimulering. Denne dagen var åpen for alle ansatte ved Moen sykehjem.

I prosjektperioden hadde vi to dagers opplæring i bruk av Taktilstimulering. Dag en var ved prosjekt periodens start 07.10.2010. Dag to var mitt i prosjektperioden 05.11.2010.

Vi hadde også et foredrag på kveldstid av Chanette Roihjert, åpent for pårørende og andre interessenter.

### **3.3.4 Opplæring og bruk av kunnskapsbasert praksis**

Et av formålene i prosjektet var å stimulere til bruk av mer kunnskapsbasert praksis i sykehjemmet. Det var ved prosjektets start lite kunnskap om dette i avdelingen, og man trengte derfor opplæring. Avdelingen er organisert i tre grupper med hver sin sykepleie faglige gruppeleder. Disse tre gruppe lederne startet på kurs i kunnskapsbasert praksis i regi av høyskolen i Hedemark. Igjennom dette studiet jobbet de med prosjektet ” Fra vask til bad”. Kunnskapen de fikk delte de med de andre ansatte i avdelingen. Vi hadde i avdelingen behov for å vite mer om effekten av bad. Vi ønsket også å vite om det var noen forskning på dette området.

Vi brukte verktøyet PICO for å gi struktur på, og klargjøre en problemstilling for litteratursøk og kritisk vurdering.

PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte momenter som ofte bør være med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et al. 2008)

<b>P</b>	Population/Problem	Hvilken type pasient/pasientgruppe eller problem gjelder spørsmålet?
<b>I</b>	Intervention	Hvilket tiltak, eller hvilken intervensjon ønsker vi vurdert? Det er viktig at intervensjon tolkes vidt her og inkluderer alle former for eksponeringer. Hva er det pasienten ”utsettes” for i klinisk praksis som vi er interessert i?
<b>C</b>	Comparison	Skal det tiltaket vi satte opp ovenfor sammenlignes med et annet? Noen ganger ønsker vi å sammenligne den praksisen vi fører i dag, med et annet tiltak.
<b>O</b>	Outcome	Hvilke utfall eller endepunkt er vi interessert i? Hvilken effekt av tiltaket ønsker vi vurdert?

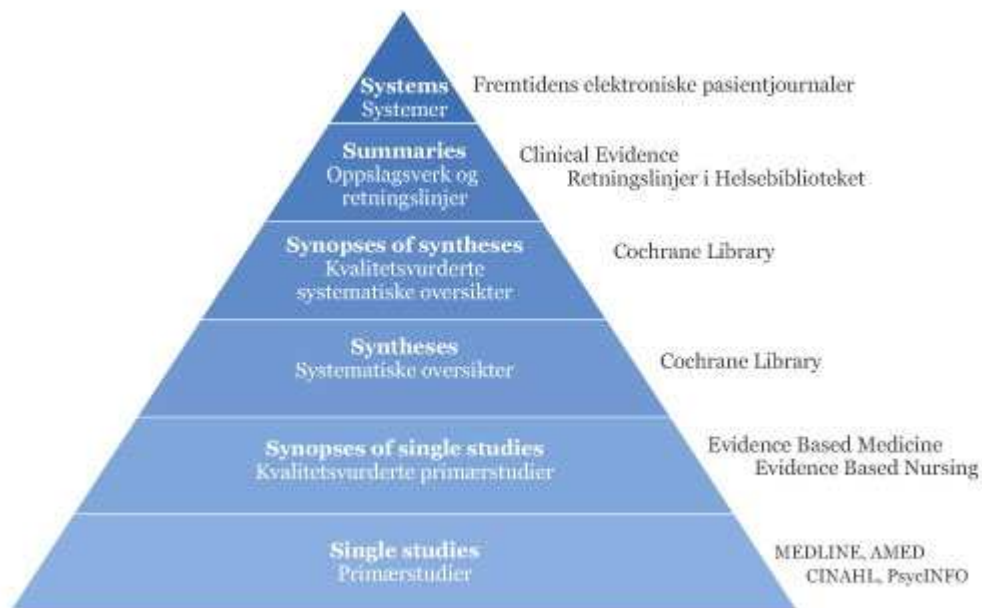
**Figur 2:** PICO skjema (hentet fra Nordtvedt et al. 2007)

Etter å ha fylt ut PICO-skjema, ble det klart for oss hva vi ønsket å finne ut mer om, og hva spørsmålet vårt kom til å bli. Vi brukte følgende ord:

<b>P</b>	<b>Population/problem</b>	Eldre, demente i sykehjem
<b>I</b>	<b>Intervention</b>	Bading, sansestimulering, miljøbehandling, badets betydning
<b>C</b>	<b>Comparison</b>	Beroligende medikamenter vs bading
<b>O</b>	<b>Outcome</b>	Reduksjon av uro/angst, psykomotorisk uro, aggresjon. Beroligende effekt, trivsel.

**Figur 3:**Utfylt PICO skjema

Når vi leter etter forskning, er det viktig først å velge kilder over oppsummert forskning, det vil si to eller flere primærstudier på samme tema som er kvalitets vurdert og oppsummert. Oppsummerte forskning kan være kvalitets vurderte studier og systematiske oversikter. Det kan også være gode faglige retnings linjer ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)) som baserer seg på studier og oversikter som er systematisk samlet inn og kvalitets vurdert. For å få litt hjelp med søking av relevante artikler kan vi bruke S-pyramiden:



**Figur 4:** S-pyramiden(Nortvedt.2007). Jo høyere i pyramiden vi finner artikler, jo bedre er artikkelens kvalitet.

Ulike databaser /kilder til oppsummert forskning ligger på de øvrige nivåene mens de nederste inneholder kilder til primærstudier som beskriver resultatene fra et forskningsprosjekt og som publiseres ofte i tidsskrifter.

Hvilke kilder vi søker i, avhenger av flere faktorer. Spørsmål, studiedesign og valg av kilder henger nøye sammen. Informasjonsbehovet for denne oppgaven er knyttet til effekt av tiltak. (se tabell 2.3 i Nordtvedt 2007: s 35) Ut fra denne tabellen kan man lese at randomiserte, kontrollerte studier (RCT) vil være det foretrukne studiedesignet for relevante artikkelsøk, da vi er ute etter effekt av et gitt tiltak. RCT- studier kan gi mye oppsummert forskning, og de foretrukne databasene her vil være Clinical Evidence, Cochrane Reviews (Cochrane Library), Clinical Trials (Cochrane Library), Joanna Briggs, og MedLine.

Vi benyttet oss da av søkemotoren ”Kunnskapsegget” (<http://www.kunnskapsegget.no>). Der søkes i flere databaser samtidig - fortrinnsvis baser som inneholder kunnskap som er etterprøvd, implementert, dokumentert. Mange relevante kilder for sykepleiere har engelsk som søkespråk. Derfor måtte vi finne riktige engelske søkeord. Da oversatte vi de norske ordene i PICO-skjemaet til engelsk.

Følgende søkeord ble benyttet (oversatt fra norsk til engelsk):

Ordsammensetninger	Databaser	Antall treff
Dementia and bath	- SveMed +	- 4 treff
	- Cochrane Library	- 12 treff
Dementia and agitation and bath	- McMaster Plus	- 1 treff
Dementia and sensory	- Cochrane Library	- 31 treff
	- SveMed+	- 4 treff
Dementia and aromabath	Alle	- 0 treff

**Figur 5:** Søkeord og resultat av søk

Våre funn vil bli beskrevet under kapitlet funn i forskningen.

Å kritisk vurdere den forskningen man har funnet er imidlertid et viktig trinn i modellen for kunnskapsbasert praksis. Med å kvalitetsvurdere en artikkel kan vi inkludere gode studier og ekskludere de som er for dårlig.

Som første ledd i en kritisk vurdering anbefales to overordnede spørsmål, disse er de samme uansett hvilken type artikkel man ønsker å granske;

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?

Dersom man svarer ”nei ”på et av disse, bør man allerede vurdere å legge bort artikkelen.

---

De neste spørsmålene man bør stille seg er:

- Hva er resultatene?
- Kan du stole på resultatene?
- Kan resultatene brukes i min praksis?

( <http://kunnskapsbasertpraksis.no> )

### 3.3.5 Resultat av kunnskapsbasert forskning

Av 52 antall treff, endte vi opp med å bruke kun tre artikler.

To av artiklene er hentet fra Cochrane Review (Cochrane Library), og er oppsummert forskning. Artiklene heter **”Massage and touch for dementia (review)”**, og **”Aromatherapy for dementia (review)”**. (art. 2 og 3)

Den siste artikkelen er hentet fra McMaster Plus, og er en randomisert, kontrollert enkeltstudie. Denne artikkelen finnes også i Clinical Trials i Cochrane Library. Artikkelen heter **”Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial.”** (art.1)

Disse artiklene tar for seg ulike områder som berøring, aromaterapi, og bading hos demente. Årsaken til at vi har valgt tre så ulike tema er pga at vi mener at bading er så mye mer enn kun den ene handlingen; vi er ute etter helheten i situasjonen, at det også går på sansestimulering som lukt, berøring etc. Vi gransket artiklenes overskrift, resultat/konklusjon og abstrakt opp mot vår problemstilling. Artiklene vi har funnet har forskjellig vinklinger i forhold til denne, men alle artiklene sier noe om bading/miljøbehandling, eldre demente og beroligende effekt, eller reduksjon av aggresjon, uro og angst.

**Resultatene i artikkel 1**, viser en klar reduksjon av aggresjon, uro, og angst hos de demente som har blitt badet/dusjet, der fokuset har blitt flyttet fra selve handlingen og over til den demente personen. Resultatene viser også at pasientene er mer komfortable med et karbad fremfor dusjing.

---

**Resultatene i artikkel 2 og 3** viser at massasje/berøring og aromaterapi minsker aggresjon og uro hos demente pasienter, men det er foreløpig lite forskning på disse områdene.

### *Artikkel 1.*

**“Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial”.** Denne artikkelen er relativt ny; den er skrevet i 2004, og utgitt i Journal of American Geriatric Society. Hovedforfatteren og kontaktperson til denne artikkelen er Philip D. Sloane, MD og MPH, samt 10 andre forfattere som også er amerikanere.

**Innledende spørsmål:** Formålet med studiet er klart formulert både i overskriften av studiet og i innledingen til studie. Ut i fra at de sier at de ønsker å måle effekten av to ulike metoder å dusje/bade pasientene på, vil vi si de har valgt rett studie design ettersom RCT-studier er spesielt egnet til å måle effekt av tiltak.

**Er resultatene til å stole på?:** Av de 15 sykehjemmene som er med i studie er 5 av disse i kontroll gruppen og de andre 10 i eksperiment gruppen. 5 i gruppe A - towel bath, etterfulgt av person-centered shower, i gruppe B gjorde man det i motsatt rekkefølge. Det var 73 personer som ble med i studiet, 24 i kontroll gruppen, 24 i gruppe A og 25 i gruppe B.

Ved alle sykehjemmene ble det valgt ut tre kvalifiserte pleiere som skulle delta i prosjektet. Disse fikk opplæring i de 2 ulike tiltakene som skulle bli utført. I kontroll sykehjemmene fikk de opplæring etter all data hadde blitt innhentet. Det ble brukt like måleverktøy og observasjonsverktøy i alle sykehjemmene. Alle gruppene ble behandlet likt.

**Hva forteller resultatene?:** Resultatene av de viktigste funnene i studiet kan oppsummeres i en setning. Alle målingene som ble gjort av aggresjon og uro minsket betydelig i begge behandlings gruppene, men ikke i kontroll gruppen. Effektestimatene er oppgitt i prosent, og forskjellene er store mellom behandlingsgruppene og kontroll gruppa. I person-centered showering gruppen var det en nedgang på 53% i aggressiv adferd, og i towel bath gruppen var den på 60%, mens i kontroll gruppen var det ingen endringer. Dette viser en stor og viktig forskjell, både innad i gruppene, der den urolige og aggressive adferden tydelig blir mindre ved tiltakene som har blitt satt i gang, og kontroll gruppen viser at de fortsatt er like aggressive og urolige.

---

**Oppsummering av resultatene fra artikkel 1:** Alle sykehjemmene som var med i studien var av lik størrelse, hadde samme eier status og samme type pasienter. De utvalgte pleierne som var plukket ut hadde lik alder, kjønn og ansiennitet i begge gruppene. Pasientene som ble valgt ut hadde også lik alder, utdanning, rase, vært beboere like lenge, problemer med aggresjon, lik bruk av psykofarmaka og tilleggs sykdommer.

Aggresjonsmålingene som ble gjort av badingene (badefilmene), viser at etter tiltakene hadde blitt gjennomført, var det en betydelig nedgang i den aggressive adferden (enn det det hadde vært i begynnelsen og i kontroll gruppen). I person-centered shower gruppen hadde den aggressive adferden en nedgang på 53%, og i towel-bath gruppen 60%, mens det bare var en nedgang på 7% i kontroll gruppen. I tiltaksgruppene ble det registrert at varigheten av selve badingen økte og da spesielt i perioden studiet pågikk. Det motsatte skjedde i kontrollgruppen. I denne studien ble også hudens tilstand undersøkt og om huden ble ren nok. Det viste seg at hudens tilstand ble bedre og at pasientene var mindre plaget med for eksempel tørr hud og sopp når de fikk towel-bath eller person-centered shower.

### *Artikkel 2.*

Artikkel 2 er en oversiktsartikkel og er hentet fra "The Cochrane library" Artikkelen er skrevet av Niels Viggo Hansen, Torben Jørgensen og Lisbeth Ørtenblad og har tittelen "**Massage and touch for dementia**". Vi vil si at artikkelen har en klar tittel og et klart formål.

**I metoddelen beskrives bakgrunnen for artikkelen slik:** "Massasje og berøring for demente har blitt foreslått som et ikke - medikamentelt alternativ eller supplement til andre behandlingsformer for å redusere ulike tilstander av dement med angst, aggressiv adferd og depresjon. Det har også blitt foreslått at massasje og berøring muligens kan motvirke kognitiv svikt."

**Hensikten** er primært å vurdere effekten av en rekke massasje og berøringsformer gitt til demente pasienter, men også å få en oversikt over ulike typer massasje som har blitt anvendt og studert i sammenheng med demensomsorg. Dette for å systematisk presentere informasjon om eventuelt skadelige virkninger eller praktiske utfordringer, og til slutt for å gi anbefalinger for mer forskning på dette området. Vi vil si at oversiktsartikkelen har en omfattende og referert søkestrategi da det er søkt i det spesialiserte registeret for The Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, og studiene er funnet ved hjelp av

---

søkeordene massasje, refleksologi, berøring og shiatsu. Registeret inneholder studier fra alle større helse databaser som blir oppdatert jevnlig. I tillegg ble det søkt i generelle og spesifikke litteratur databaser, og organisasjoner for pasienter og helsearbeidere ble kontaktet.

**Vurdering av kvalitet på inkluderte studier** – Det er ikke nok bevis vedrørende effekten av massasje/berøringstiltak, og for lite data for å gjennomføre en meta - analyse. Enkelte bevis støtter effekten av to spesifikke tiltak; Bruk av håndmassasje for en umiddelbar og kortsiktig reduksjon av urolig adferd, og bruk av berøring sammen med verbal oppmuntring for å bedre ernæringsinntak hos demente.

**Resultat av funn i artikkel 2:** Bare 2 små artikkler (Eaton 1986, Remington 2002) med tilsammen 110 deltagere fylte kriteriene for inkludering i denne artikkelen.

Den første inkluderte artikkelen er skrevet av Eaton 1986, og er et randomisert kontrollert studie som ønsker å vurdere effekten av næringsinntak med verbal oppmuntring og berøring gjennom måltidet, sammenlignet med verbal oppmuntring alene. 42 pasienter på institusjon med en demenssykdom (artikkelen har ingen bestemt definisjon utover denne diagnosen) ble tilfeldig plukket ut til de to forsøksgruppene. Eksperimentet ble utført ved to måltider per dag i en uke, med en forbehandling og etterbehandling på en uke der kun verbal oppmuntring ble brukt. Matinntaket ble vurdert av en blindet observatør i hvert tilfelle på grunnlag av maten som ble stående igjen på tallerken hos pasientene. Resultatet fra Eatons 1986 artikkel forteller at de ser en betydelig økning av gjennomsnittlig inntak av kalorier (fra 570 til 740 kcal pr. dag) samt en økning på proteiner (fra 32 til 43 g. pr. dag) på den gruppen pasienter som mottok verbal oppmuntring og berøring, mens ingen endring i pasientgruppen som fikk kun verbal oppmuntring.

Den 2. artikkelen som oppfyller oversiktens kvalitetskrav er Remingtons studie fra 2002. Denne artikkelen vurderer en kortsiktig effekt på beroligende musikk og hånd massasje ved å sammenligne fire behandlingsformer (beroligende musikk, hånd massasje og beroligende musikk sammen med håndmassasje og ingen tiltak) 68 sykehjem med demente ble tilfeldig fordelt på fire grupper med 17 pasienter i hver gruppe. Behandlingen varte i 10 minutter, og ble gitt til hver pasient en gang. Behandlingens effekt på agitasjons nivået ble evaluert etter en Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og administrert av opplærte forsknings

---

assistenter som var blindet. Resultatet her sier at forfatteren fant en nedgang i uro som var større i gruppen som mottok håndmassasje enn i gruppen som ikke mottok noen behandling.

Forfatterne konkluderer med at massasje og berøring kan fungere som alternativ eller supplement til andre behandlingsformer for å hankses med adferdsmessige, emosjonelle, og muligens andre forhold assosiert med demens. Men at mer forskning på området trengs for å gi klare og endelige bevis om fordelene med disse tiltakene.

### **Artikkel 3.**

Artikkel 3 er en artikkel som ble inkludert i trefflisten i Cochrane Library. Dette er oppsummert forskning, og har tittelen ”*aromatherapy for dementia*”. Den er dessuten av nyere dato (utgitt i 2009). Alle seks forfatterene er fra Storbritannia: Francesca E Holt, Theodore PH Birks, Lene Marie Thorgrimsen, Aimee E Spector, Anne Wiles og Martin Orrell knyttet til University of Cambridge.

Artikkelen tar for seg aromaterapi og hvilken effekt denne metoden har hos demente. Aromaterapi er hevdet å ha helsefremmende effekt, skal fremme avslapning og søvn, være smertelindrende og redusere depressive symptomer. Mennesker med demens er mye plaget med disse symptomene. Derfor har aromaterapi blitt brukt hos demente i et forsøk på å redusere uønsket atferd (uro/angst, aggresjon), fremme søvn og stimulere til økt motivasjon. I artikkelens metodedel står det grundig beskrevet hvilket utvalg de har foretatt, og på hva slags grunnlag. Alle relevante randomiserte, kontrollerte studier (RCT) ble tatt med. Det var ikke tatt hensyn til lengde (i tid) på studiene, heller ikke om de ulike artiklene hadde noe oppfølgingsstudie.

**konklusjoner:** Det er gjort flere studier (ikke RCT) som viser både fordeler og ulemper i forhold til bruk av aromaterapi. Den ene artikkelen i denne oppsummerte forskningen, som inneholdt pasientdata, viser kun fordeler ved bruk av aromaterapi. Det var en vesentlig reduksjon av uro hos de som mottok aromaterapi kontra kontrollgruppen som ikke mottok behandling. For øyeblikket er den felles oppfatningen at aromaterapi ikke gjør noen skade, men denne oppfatningen kan vise seg å være feilaktig da det ikke foreligger tilstrekkelig forskning på området. Derfor er det viktig at det blir gjort flere studier og lagt frem flere bevis på effekt i forhold til aromaterapi. For å kunne utføre en slik studie, behøver man en bedre designet RCT av større størrelse.

Ut fra denne artikkelen kan vi lese at det er mulig positiv effekt ved bruk av aromaterapi hos demente, men at det fremdeles finnes lite forskning på området - og derfor vanskelig å si noe sikkert. Ettersom kun fire studier ble inkludert i denne oversiktsartikkelen hvorav kun en innehar pasientdata som kan brukes og leses, er det vanskelig å si noe om utvalget er representativt selv om det er en RCT studie (som dessuten var forholdsvis liten – kun 72 pasienter). Men det kan jo vise en tendens.

---

## 4. Gjennomføringsfasen

Prosjektgruppen valgte kun å fokusere på 3 pasienter ved avdelingen i selve prosjektperioden. Vi valgte pasienter som alle hadde diagnosen Demens. Pasientene hadde ulike symptomer i forhold til sin demens. En pasient hadde mye verbal uro (preget av mye roping), en hadde mye motorisk uro (i form av at hun vandrer hvileløst rundt i avdelingen) og en pasient hadde motorisk uro (satt og ”plukket” på utstyr og ting som var innen hans rekkevidde).

Definisjon på demens er ” *en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.*”

(Engedal, Haugen, 2006, s 20)

Før prosjektet tok til, var pårørende informert og gitt sitt samtykke til at pasientene deltok i dette prosjektet.

Badesituasjonene ble utført av personalet ved avdelingen. Berøring (taktil stimulering) ble utført i henhold til hvordan pasientene selv opplevde dette. Dette ble gjort i form av og massere hender, hodebunn eller fotstell. Vi var bevist på at berøring og bad ikke skulle føles krenkende for pasientene men skulle være et supplement til velværen som pasienten skulle føle.

To av pasientene fikk vi følge i hele prosjektperioden, men pga sykdom måtte pasient 3 avbryte prosjektperioden etter ca 5 uker.

Hver dag i 14 dager før prosjektet startet ble adferdsregistreringsskjemaet (vedlagt) fylt ut for hver enkelt av de 3 pasientene. Samme type registreringsskjema ble fylt ut hver dag i hele perioden pasientene ble badet systematisk (totalt 10 uker). I tillegg til adferdsregistreringsskjema ble det også opprettet tiltaksplaner for hver enkelt pasient i den elektroniske pasientjournalen.

Det vi ønsket at de ansatte skulle dokumentere i forbindelse med badesituasjonen var:

- Hvordan opplevde pasienten det å skulle bade? Var pasienten motivert for dette eller ikke?
- Hvordan var selve badet? Fint om dere kan dokumentere ansiktsuttrykk, eventuelle kommentarer, gir pasienten uttrykk for noen følelser?
- Ble det brukt musikk under badet? Eventuelt hva slags musikk brukte dere?
- Ble det tent lys under badet?
- Hvilke produkter (oljer, skum eventuelt kremer er brukt under og etter badet)?
- Ble det bevisst brukt taktil stimulering (metode: Berøring) under badet?
- Hvor lenge var pasienten i badet? Ca minutter
- Hvordan er hudstatus til pasienten før og etter badet?

---

## 5. Våre funn og erfaringer

Nedenfor følger en presentasjon av våre funn og erfaringer.

### 5.1 Pasient 1:

Pasient 1 er en dame på ca 95 år. Hun har vært pasient på sykehjemmet i flere år. Har påvist Demens, og har tidligere hatt lårhalsbrudd som har gjort henne fullt pleietrengende. Hun er avhengig av å sitte i rullestol eller forflyttes med heis. Hun har i tillegg noen tilleggsdiagnoser som ikke er så relevant i forhold problemstillingen til prosjektet.

Hennes demens er langtkommet slik at hun ikke er orientert for tid og sted. Hun er mye engstelig, og viser dette ved at hun roper og har mye ansiktsmimikk. Hennes verbale uro ble i forkant av prosjektet målt i 14 dager. Disse observasjonene som er gjort på et registreringskjema viser at hun før tiltak ble satt i verk hadde mye verbal uro på dagtid når hun var på rommet sitt, men også noen netter har hun vært våken.

Det som kjennetegner verbal uro er at dette er preget av høy tale, kjefting, banning, roping, skriking, ukritisk tale og gjentatt tale og lyd.

I prosjektperioden ble pasienten badet systematisk x 1 pr uke i karbadet med taktil stimulering (berøring) som metode.

Utdrag fra journal:

*” Fikk bade i badekaret i dag. Tror ikke pasienten forsto at hun skulle bade før hun kom opp i badekaret. Pasienten selv sa hun synes det var godt å bade og hennes ansiktsuttrykk bar preg av ro et lite øyeblikk. Vi brukte ikke musikk under badesituasjonen når dette gjør pasienten mer urolig, men vi tente stearinlys. Vi brukte olivenolje i badevannet, da pasienten hadde veldig tørr hud. Brukte taktil stimulering (berøring) under badet og da vi smurte pasienten inn med krem etter badet. Pasienten ga ingen konkret reaksjon på dette. Var rolig under badesituasjonen, ingen tegn til verbal uro.”*

---

*” Pasienten har fått bade i dag. Hun ville i utgangspunktet ikke bade, men underveis snudde hun og virket forventningsfull. Hun sa hun synes det var godt å få bade, virket veldig avslappet i kroppen og ansiktsuttrykket bar preg av ro. Hun lukket øynene og sa selv flere ganger at hun synes det var deilig.”*

*” Pasienten virket motivert for å bade når hun ble spurt om dette. Da hun kom inn på Spabadet virket hun avslappet både i kroppen og ansiktsuttrykket. Hun skvatt litt til akkurat når hun ble senket ned i badekaret. Da hun kom ned i badevannet sier hun selv at hun nyter dette. Hun ser veldig avslappet ut i hele kroppen, lager ingen ansiktsgrimaser og kommer etter hvert med kommentarer som ” Jeg er så glad i dette vannet jeg” og gjentar flere ganger: ”Kan jeg få være her?” Når betjeningen spør om hun vil opp av karet sier hun klart og tydelig: NEI!”*

*Brukte dempet belysning og litt svak musikk i bakgrunnen. Fikk hodebunnsmassasje da vi vasket håret hennes.”*

*” Pasienten virket motivert for å bade i dag, men da hun kom opp i badekaret ble hun urolig og begynte å rope. Vi tok henne ut av karet, og hun ga uttrykk for at hun måtte på toalettet.” Badesituasjonen ble avbrutt.”*

*”Pasienten fikk bade i dag, hun var ikke spesielt motivert for dette på forhånd. Da hun ble senket ned i karet ga hun uttrykk for at hun synes dette var godt. ”*

*Brukte levende lys og litt svak bakgrunnsmusikk. Ble brukt olivenolje i vannet, vi kan se at huden har blitt mykere etter at hun systematisk har vært i karbadet de siste ukene”*

Underveis i prosjektperioden ble det hele tiden ført adferdsregistreringsskjema. I forkant av prosjektoppstart ble også adferd målt to uker i forkant som tidligere nevnt. Vi kan se av registreringsskjemaene at pasienten hadde mye mindre verbal uro, spesielt i etterkant av en badesituasjon. Vi ser en merkbar endring etter at bad ble satt inn som et systematisk miljøtiltak. Vi kan også lese av registreringsskjemaet at pasienten har hatt en bedre nattero, og det er registrert mer søvn i perioden som bad ble gjennomført. I perioden etter prosjektet er slutført kan vi se at pasienten har økt uro, mer verbal roping og mindre søvn spesielt på nettene. Konklusjon på denne pasienten må være at det har hatt en god og beroligende effekt.

---

## 5.2 Pasient 2:

Pasient 2 er en dame på ca 80 år. Hun har vært pasient ved sykehjemmet det siste året. Dette er en pasient som er forholdsvis sprek, hun er ikke avhengig av noen hjelpemidler i forhold til forflytning. Hennes demenssykdom gjør seg gjeldende i at hun er meget urolig noen tider på døgnet, og dette utarter seg i at hun begynner å gå hvileløst rundt i avdelingen. Hun spør etter utgangen, og går inn på de andre pasientenes rom.

Dette er også en pasient som har vært glad i å være ute i naturen fra tidligere og er forholdsvis fysisk sprek. På registreringsskjemaene som ble fylt ut i forkant av prosjektperioden, viser at pasienten spesielt er urolig i vaktskiftet mellom kl 14- 15 eller det som også kalles sundowning (solnedgang) i litteraturen. Dette innebærer at noen pasienter med demens kan bli urolige når det blir mørkere ute i skifte fra dag til kveld. I tillegg til dette kan det også være pasienter som blir urolige når de ulike skiftene foregår i avdelingene, f.eks dagvaktene skal erstattes av kveldsvakter.

Utrag fra journal:

*” Pasienten var motivert for å bade. Hun synes det var deilig og varmt. Ga uttrykk for nytelse. Brukte ikke musikk, men levende lys. Det ble gitt taktil berøring og pasienten var i vannet i ca 30 minutter. ”*

*” Pasienten ville ikke bade i dag, men vi klarte å motivere henne. Hun virket engstelig. Da hun kom opp i badekaret synes hun det var avslappende og godt. Jeg blir trøtt og holder på å sovne så hun. Det ble spilt musikk og det ble prøvd taktil berøring. Hun lå i badekaret i ca 15 minutter.”*

*” Pasienten har tatt et karbad. Pasienten ville ikke bade, men etter litt motivering synes hun det er ok. Det var musikk og levende lys. Masserte beina under badet. Gir selv uttrykk for at hun synes dette er veldig ok”*

Registreringsskjemaene for denne pasienten er noe mangelfullt utfylt, men det vi kan lese ut av disse er at de dagene hun har badet har hun hatt en roligere ettermiddag enn da hun ikke ville bade. Det vi kanskje kan se ut av hennes registreringsskjema er at hun nødvendigvis ikke behøver å bli badet på formiddag, men at kanskje et ettermiddag/ kveldsbad kan gjøre en stor

---

forskjell for pasienten. Denne pasienten bør også skjermes for vaktskiftene ved at det blir arrangert noen aktivitet sammen med henne i denne perioden.

### 5.3 Pasient 3:

Pasient 3 er en mann på ca 80 år som har vært ved sykehjemmet i ca 1 års tid. Han har diagnosen demens, og denne utarter seg i at han er noe motorisk urolig. Hans motoriske uro vises når han sitter oppe ved at han tar etter/ plukker på gjenstander som står i området rundt han. Han tar tak i duker osv. og drar dette ned på gulvet.

I følge hans registreringskjema så er han mest urolig når han sitter opp ved bordet. Er roligere når han ligger i sengen.

Han deltok ikke så lenge i prosjektet da hans helsetilstand ikke var forenelig med at han kunne delta i prosjektet. Derfor har vi ikke kunne fått sett hvordan badet konkret virket inn på hans uro.

De få gangene han fikk være i badet ga han uttrykk for følgende:

*” I utgangspunktet var ikke pasienten positiv til å prøve ut karbadet. Han var inne på badet og så seg om flere ganger før han ville prøve å sitte oppi karet. ”*

*”En av dagene har var i karet står det skrevet at han ikke ønsket å ha mye vann i karet, og at han virket noe uttrygg.”*

*”Han sovnet en gang i badet, etter at han hadde fortalt personalet at de skulle holde godt i han.”*

Ut i fra hans registreringskjema ser det ut som om han ble veldig trøtt og utslått etter et bad. Han ønsket ofte å legge seg ned litt for å hvile i etterkant av badet.

---

## 5.4 Personalets erfaringer – uttrykte opplevelser

Personalet har fått opplæring i bruk av metoden Taktilstimulering. Det rådet i starten mye skepsis til prosjektet i forhold til tid og ressursbruk. Det ble i prosjektperioden leid inn ekstra bemanning for å sikre gjennomføringen. Det å bruke badet var nytt både for personalet og for pasientene, og tok derfor litt ekstra tid i starten. Målet er imidlertid at bading skal inngå som en naturlig del av den daglige omsorgen, uten at det er nødvendig med ekstra resurser. Ansatte uttrykte i under prosjekt perioden at det var godt å ha den tiden avsatt til pasientene. Vi ser nå i etterkant at vi fortsatt må jobbe med implementeringen. Faste badedager, hvor det må planlegges hvem som skal bade. Vi må også videre ha fokus på de oppnådde effekter.

En ansatt sa: ” *Jeg senket også skuldrene i rommet, det gav meg noe å kunne være der sammen med pasienten, det er et godt rom også for personalet å være i.* ”

En annen sa: ” *Det er fint å kunne ha den tiden sammen med pasienten, uten å tenke på noe annet.* ”

Ansatte gav da uttrykk for at de så effekten av bading hos pasientene. De merket at pasientene ble roligere, samt at huden ble mykere og at det forebygget kløe og sår.

---

## 6. Refleksjon og konklusjon.

Vår erfaring i forhold til bading/dusjing av demente er at vår egen atferd ovenfor den demente vil gi utslag i hvordan pasienten reagerer/oppfører seg. For eksempel dersom personalet er stresset vil det gi utslag hos den demente i form av uro, aggresjon, angst.. Det er derfor viktig å prate rolig med pasienten, forklare hva som skal skje; enkle konkrete setninger, personalet må opptre rolig dersom dette skal bli en god opplevelse for den enkelte pasient. Dette er også i samsvar med den ene forskningsartikkelen vi har funnet. Artikkelen sier også noe om at pasienten vil ha det mye bedre dersom fokuset flyttes fra selve handlingen over til pasienten. Vi ser at personalet har svært mye å si i forhold til om dette skal bli en god opplevelse; ved å flytte fokuset vil det føre til økt nærhet for begge parter, trygghet for pasienten, fokuset vil være med på å skape en god opplevelse for pasienten. Dette har vi erfart i praksis.

Vi har også erfart at vår generasjons eldre opplever også større velvære i forhold til å bli badet i stedet for dusjet da de er mer vant til å bade. Artikkelen sier også noe om at bading er mer komfortabelt for pasienten da de føler seg mer tildekket, og at det foregår i mer rolige former enn ved dusjing. Vi har foreløpig liten erfaring med aromaterapi/ aromabad. Den erfaringen vi har, har vi fått gjennom prosjektet vårt. Det er fremdeles for tidlig å si noe om resultatene i forhold til dette, men har så langt ikke hatt noen negative erfaringer. Det vi også har erfart er at det kan være vanskelig å måle effekt av denne behandlingen pga mye spiller inn (dagshumor, medikamenter, omgivelsene i seg selv), og dette støttes også opp av artikkel nr 3 som vi har funnet.

På spa - badet vårt har vi valgt å bruke nøytrale aromatiske oljer pga mange av de eldre har sensitiv hud. Hadde vi for eksempel valgt oljer med mer lukt, for eksempel lavendel, hadde vi kanskje fått en sterkere respons; enten i positiv eller negativ retning. Dette er det imidlertid veldig vanskelig å si noe om ettersom det er flere faktorer som spiller inn; dempet belysning, levende lys, rolig musikk, varm og behagelig temperatur både i vannet og i rommet. Når det gjelder berøring/massasje har vi gode erfaringer også ift dette. Både hos demente, og hos pasienter med angst. Vi har god erfaring med fotmassasje; at dette virker beroligende samtidig som at pasienten har opplevd velvære. Dessuten får man etablert en annen type nærhet og kontakt med pasienten. I forbindelse med prosjektet har vi fått kurs i taktil stimulering/berøring, og vi har begynt med en spesiell type berøring (det er et spesielt

---

mønster i berøringen) til noen av våre demente pasienter. Dette er en intervensjon som må gjentas flere ganger på en pasient, med jevne mellomrom. Erfaringer vi har gjort oss i forhold til dette er at pasientene synes det er behagelig, og at pasienten føler seg roligere i øyeblikket mens berøringen pågår. I artikkel nr 2 konkluderes det med at berøring har en positiv effekt i forhold til motivasjon, og at de som mottok berøring i matsituasjonen ble mer fokusert på den oppgaven som skulle utføres. Dette forskningsfunnet støttes opp av vår erfaring med at pasienten blir mer fokusert i nået, personalet fanger oppmerksomheten til den demente på en annen måte, og tankene deres vandrer derfor ikke så lett som ellers.

Det vi må tenke på, er faren for overstimulering. Vi må derfor ta hensyn til hver enkelt; hva de tåler av inntrykk før det blir for mye. Dette stiller også større krav til oss som pleiere; at vi kjenner pasienten godt. For å få bakgrunnsinformasjon er det ekstra viktig med kontakt og kommunikasjon med pårørende. Det er jo de som kjenner pasienten best. Demente er en ”vanskelig” gruppe ettersom ikke alle har språk; de kan være vanskelig å kommunisere med, de greier ikke alltid å forstå hva som blir sagt; klarer ikke å uttrykke seg ordentlig, blander ord, vanskelig å vite om det som blir sagt er reelt eller ikke. Det er derfor viktig å observere hvordan de responderer på berøring, ulike lukter etc. Funn i forskning kan hjelpe oss i forhold til å få informasjon om hvordan flertallet av denne pasientgruppen opplever for eksempel bading.

## 6.1 Formålsoppnåelse med prosjektet

Vi hadde fem hovedformål med prosjektet vårt.

- Tilby pasientene best mulig pleie innenfor utvalgt tema – miljøbehandling – berøring og sansestimulering ( taktil stimulering)
- Utvikle kunnskap innenfor områdene demens, miljøbehandling, og bevisst berøring som sansestimulering (taktil stimulering)
- Utvikle sykepleiertjenesten på sykehjemmet sin kompetanse i å kritisk granske sin egen virksomhet med utgangspunkt i best mulig kunnskap.
- Samarbeid og kunnskapsutveksling mellom praksissted og lærerne knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie.
- Utvikle sykepleierstudentenes praksisstudier, blant annet gjennom at studentene får rollemodeller i sykepleie på praksisplassen som aktivt og kritisk gransker egen

virksomhet, og at de får mulighet til og erfaring med å delta i et pågående utviklingsarbeid på praksisplassen, der teori og praksis knyttes sammen.

Avdelingen har fått økt kunnskap i miljøbehandling. Vi har lært metoder som vi kan bruke i praksis. Det er også blitt et økt fokus på kunnskapsbasert praksis ved avdelingen. Pasientene gav uttrykk for velbehag under badesituasjonen og i tiden etterpå. Personalet gav uttrykk for at de følte de hadde gjort en god jobb den dagen de hadde vært sammen med pasienten i bade situasjon. På badet ble det en ro for både pasienter og personalet.

## 7. Veien videre

Den nye kunnskapen vi nå besitter bekrefter hypotesen vi hadde i forhold til at bading har en beroligende effekt. Det er kanskje uklart hvorvidt badingen i seg selv har en beroligende effekt, men at situasjonen i sin helhet med dempet belysning, rolig musikk, varmt vann og rom, gode dufter og berøring, føler vi støttes opp av den forskningen vi har funnet.

Vi hadde før prosjektstart ingen praksis i forhold til karbad, så vår utfordring vil være å implementere bading i hverdagen, også etter prosjektperiodens slutt, og med det skaffe oss våre egne erfaringer i forhold til de ulike brukerne. Bading tar ikke mer tid enn dusj, men det er nytt både for personalet og for pasientene, slik at holdningen var at det ville ta tid. Vi valgte derfor å leie inn ekstra ressurser i prosjektperioden. Vi håper at gjennom prosjektperioden og kursene som ble holdt i forbindelse med dette arbeidet, vil implementeringsarbeidet gå lettere, i og med at det allerede har startet. Flere av de ansatte har fått erfaringer med badet og de ser at det har en positiv effekt, og at dette også faktisk kan gi dem selv noe i en ellers så rutinepreget arbeidshverdag. Vi vet at implementering tar lang tid og at vi antagelig i perioder må passe på at badet blir brukt. Nå når at prosjektperioden er over, er planen at hver avdeling på sykehjemmet skal få en bade dag hver, så vi lettere kan planlegge badingene våre, og så badet kan bli mer tilgjengelig for de andre avdelingene på sykehjemmet. Resultatene, erfaringene samt et videre fokus på de gode effektene både for pasienter og for personalet håper vi vil være med på å implementere bading som en del av hverdagens rutiner i avdelingen og på sykehjemmet.

Vi møter mange hindringer/utfordringer i forhold til implementering av prosjektet, men har også mange muligheter og ressurser. Her er en oversikt:

<b>UTFORDRINGER</b>	<b>RESSURSER/MULIGHETER</b>
Tid og bemanning	Undervisningssykehjem, fått tildelte midler. Har fagsykepleier tilgjengelig
Motivasjon og engasjement blant personalet	Kurs. Har fått med oss berøringspedagog Chanette Roihjert som ressursperson
Samarbeid/Samhandling	Ekstra bemanning i prosjektperioden
Dårlige/negative holdninger: "alt nytt er skummelt"	Har alt tilgjengelig; ferdig innredet SPA-bad
Manglende informasjon og bakgrunnsspørsmål	Engasjert ledelse
	Eventuelle positive reaksjoner hos brukeren/personalet

**Figur 6:** Oversikt over utfordringer og muligheter på vår avdeling.

For å skape litt ekstra oppmerksomhet rundt spa-badet på sykehjemmet inviterte vi avisen "Østlendingen" på åpningen den 20. september 2010. Da ble det skrevet en kort artikkel om badet. Se vedlegg

---

## Litteraturliste

Andreassen, Tone Alm (2006): ”Brukermidvirkning i helsetjenesten – arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser” Gyldendal Akademiske Forlag AS, Oslo

Autton, N (1990). *Berøring: berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein Forlag

Birkestad, G. (2008). *Berøring i vård och omsorg*. Estonia: Òfeigur förlag.

*Dementia: A Randomized, Controlled Trial*” s 1795-1804. I: Journal of American Geriatrics Society vol. 5

Engedal K og Haugen P.K, Lærebok i demens, Fakta og utfordringer, Aldring og helse forlaget, 4 utgave, 2006

Eriksen, T. H., & Sørheim, T. A. (2006). *Kulturforskjeller i praksis : perspektiver på det flerkulturelle Norge* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Field, T (2001). *Touch*. Massachusetts: A Bradford Book

Hansen, NV et al (2008):”*Massage and touch for Dementia (review)* Cochrane Library, issue 4. [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)

Hasselø, Vibeke (2003): ”*Sansestimulering af personer med demens*” I ”Demens” vol.7/nr 1

Holt, FE et al (2009): ”*Aromatherapy for dementia (review)*. Cochrane Library, issue 1. [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)

Kristiansen, J. (2009): ”*Prosjektbeskrivelse: Fra vask til bad* ” Moen Sykehjem, Elverum

Nordtvedt, Monica W et al (2008): ”*Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*” Norsk Sykepleierforbund, Oslo

Sloane, P. D. et al (2004):”*Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with*

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

[www.kunnskapsegget.no](http://www.kunnskapsegget.no)

[www.kunnskapsenteret.no](http://www.kunnskapsenteret.no)

[www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/demensplan/miljobehandling](http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/demensplan/miljobehandling)

[www.kunnskapsbasertpraksis.no](http://www.kunnskapsbasertpraksis.no)



## Vedlegg 2



**LEIRET  
OG BYGDENE**

**Annonser**  
Tlf.: 62 40 00 00  
annonser@ostlendingen.no

**Abonnement**  
Tlf.: 62 40 00 00  
abonnement@ostlendingen.no

E-post

---

## Bad og velvære på Moen sjukeheim

I går ble det nye sparommet på Moen sjukeheim høytidelig åpnet, med snorklipping og boblevann i høye krus.

– Det å bade gir velvære, så dette er noe vi gleder oss veldig over, sier avdelingsleder Janne Kristiansen.

Ideen om et sparom på sjukeheimmet kom tidlig i 2009, og i går sto det ferdig – med et stort boblebad i midten.

– Venneforeningen er av dem som fortjener ros for dette. De har også bidratt med en pengesum, av total-kostnaden på 150.000 kroner, sier Kristiansen.

Hun forteller at cirka to tredjedeler av summen er gått til opplæring – resten er brukt på selve rommet, som tidligere var et lagerrom.

– Kjempefint. Dette ser virkelig koselig ut. Her skal du få bade, sier Reidar Surén til kona Magnhild, som er en av de første pasientene som får ta sparommet og boblebadet i nærmere ettersyn.

– Vi skal ha en prøveperiode på ti uker, der vi måler hvilken effekt dette har på pasientene. Men vi er sikre på at



**ÅPNET SPA:** Fra høyre, pleierne Berit Teigen, Marianne Bakken og Mette Berg, Rolv Øien og Karl Johan Halbakken fra venneforeningen på Moen, samt avdelingsleder Janne Kristiansen og prosjektleder Solveig Pettersen. Foran, Magnhild Surén og mannen Reidar.

**FOTO: TRINE H. LØKEN**

dette vil være positivt, på alle måter, sier avdelingsleder Kristiansen, og får støtte av prosjektleder Solveig Peder-

sen – og ikke minst fra venneforeningen på Moen.

Hvor ofte de til sammen 103 pasientene ved Moen skal få

benytte badet er ikke helt avklart – men sparommet skal ifølge avdelingslederen være i bruk hver dag.

**KONTAKTINFORMASJON:**

UNDERVISNINGSSYKEHJEMMET I HEDMARK. MOEN SYKEHJEM VED

FAGUTVIKLINGSSYKEPLEIER MONICA BERG TLF; 95963015