



## FORSIDEARK

### Tittel:

En siste berøring

*Hvordan kan sykepleier lindre lidelse hos terminale pasienter ved bruk av  
taktil berøring?*

**Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?**

<b>X</b>	<b>JA, jeg tillater</b>
	<b>NEI, jeg tillater ikke</b>

**Dato for innlevering:** 6. mars 2015

**Kandidat nr:** 123

**Kull:** 183

**Antall ord:** 10 035

**Veileder:** Anne Marie Berge Eikenæs

*Gi meg et tegn på at jeg lever,  
og ikke bare går omkring som en skygge.  
Strekk hånden din ut og ta på meg,  
slik at jeg kan kjenne kroppen min.  
Hvisk navnet mitt sakte igjen og igjen.  
Så jeg ikke helt skal glemme hvem jeg er.*

Finn Carling  
(1969)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>4</b>
<b>1.1 VALG AV TEMA OG DETS AKTUALITET</b>	<b>4</b>
<b>1.2 OPPGAVENS PROBLEMSTILLING</b>	<b>5</b>
<b>1.3 PRESISERING OG AVGRENSNING</b>	<b>5</b>
<b>1.4 BEGREPSAVKLARING</b>	<b>7</b>
1.4.1 SYKEPLEIE	7
1.4.2 TAKTIL BERØRING	7
1.4.3 LIDELSE	8
1.4.4 TERMINALE PASIENTER	8
1.4.5 PALLIATIV OMSORG	9
<b>1.5 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING</b>	<b>9</b>
<b>2. METODE</b>	<b>10</b>
<b>2.1 METODEBESKRIVELSE</b>	<b>10</b>
<b>2.2 LITTERATURSØK</b>	<b>10</b>
<b>2.3 KILDEKRITIKK</b>	<b>11</b>
<b>3. TEORI</b>	<b>13</b>
<b>3.1 ”DØDSKVALITET” PÅ SYKEHJEM</b>	<b>13</b>
<b>3.2 TAKTIL BERØRING</b>	<b>14</b>
3.2.1 BERØRINGENS BETYDNING I ET HISTORISK PERSPEKTIV	14
3.2.2 ULIKE FORMER FOR BERØRING	15
3.2.3 FYSIOLOGI	16
<b>3.3 PRESENTASJON AV VALGTE ARTIKLER</b>	<b>19</b>
<b>3.4 ETISKE OG JURIDISKE REFERANSERAMMER</b>	<b>22</b>
3.4.1 HOLISME	22
3.4.2 DE FIRE PRINSIPPERS ETIKK	22
3.4.3 YRKESETISKE RETNINGSLINJER	23
3.4.4 MAKTPERSPEKTIVET I SYKEPLEIE	23
3.4.5 JURIDISK REFERANSERAMME	24
<b>3.5 SYKEPLEIETEORETISK FORANKRING: KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI</b>	<b>25</b>
3.5.1 MENNESKESYN	25
3.5.2 NÆRHETSETIKKEN OG LØGSTRUP	25
3.5.3 OMSORGENS TRE DIMENSJONER	26
3.5.4 SANSNING OG FORSTÅELSE	27
3.5.5 URØRLIGHETSSONEN	27
<b>4. DRØFTING</b>	<b>28</b>
<b>4.1 TAKTIL BERØRING FOR TERMINALE PASIENTER PÅ SYKEHJEM</b>	<b>28</b>
<b>4.2 STYRKING AV RELASJONELL OMSORG</b>	<b>29</b>
<b>4.3 BEVISSTGJØRING AV PRAKTISK OMSORG</b>	<b>31</b>
<b>4.4 REALISERING AV MORALSK OMSORG</b>	<b>33</b>
<b>5. AVSLUTNING</b>	<b>36</b>
<b>6. LITTERATURLISTE</b>	<b>37</b>

## 1. Innledning

### 1.1 Valg av tema og dets aktualitet

”Berøring er all form for samhandling mellom mennesker”, skriver Fyrand (1996). Denne definisjonen omfatter både fysisk og ikke-fysisk berøring, så vel sanselig som følelsesmessig. Berøring betegner her mer enn hudkontakt og hudstimulering, og inkluderer former for indre følelser – som respons på noe man har lest, hørt eller sett. Ved fysisk berøring har imidlertid huden direkte kontakt med noen eller noe, og følesansen aktiveres (Ertner, 2014). Såkalt *taktil berøring* er berøring som sanses gjennom huden, berøringssansen. Det er slik taktil berøring som er rammen for denne oppgaven.

Taktil berøring er en del av en sykepleiers arbeidshverdag på svært mange måter. Det er umulig å arbeide i pleie og omsorg og ikke være i fysisk berøringskontakt med brukerne, beboerne og pasientene. Mange i helsesektoren er lite bevisst på både utfordringer og muligheter knyttet til fysisk nærhet og berøring (Jensen, 2004). Berøring kan oppleves både som positiv og som krenkende, og jeg ønsker å fokusere på hva som kjennetegner positiv berøring og hvilke gevinster det kan ha. Med bevissthet og kompetanse kan berøring tas i bruk som en ikke-medikamentell sykepleieintervensjon.

Lene Dieserud Ertner ga ut boken *Berøring – i omsorg og lindring* i fjor. Hun argumenterer for at det både er naturlig og opplagt å innlemme berøring, fysisk kontakt og nærhet som en viktig del av en helhetlig og individuelt tilrettelagt omsorg og lindring (Ertner, 2014). Utgangspunktet er en helhetlig oppfatning av kroppen som grunnlag for sansning, eksistens og identitet, og det vi i dag vet om berøring som grunnleggende menneskelig behov.

Berøringssansen er den mest ”sultne sansen” i vår postmoderne tid og kultur, ifølge flere (Autton, 1990; Nissen, 2008; Sansone & Schmitt, 2000). Økende individualisering og teknologisk utvikling kan skape fremmedgjøring, en følelse av å være uten kontakt

med omverdenen. Man kan kjenne seg som en isolert del av en likegyldig verden. Det finnes et stort berøringsbehov som ikke blir dekket.

En gruppe som er ekstra utsatt for berøringsdeprivasjon, er eldre og døende (Bush, 2001). Stadig lengre liv har ført til en eldreboom. I Norge skjer ca. 40% av alle dødsfall i sykehjem, en høyere andel enn i noe annet land i Europa (Husebø & Husebø, 2005). Norsk Sykepleierforbund har formulert sykepleiernes fundamentale plikter i fire punkter, hvorav ett er å lindre lidelse, et annet å sikre en verdig død (Brinchmann, 2012). Hva betyr "en verdig død" på sykehjem? Den terminale pasienten kan oppleve ulike former for lidelse, og det er sykepleiers ansvar å lindre pasientens lidelse. Kan bevisst, taktil berøring bidra til dette i den terminale fasen?

Ved siden av studiene, jobber jeg deltid ved en omsorgsbolig for døve eldre, hvorav over halvparten av beboerne verken ser eller hører. Disse døvblinde beboerne er frarøvet viktige sanser som er sentrale for ordinær kommunikasjon. Kommunikasjon foregår med hendene, med bruk av tohåndsalphabet og *haptisk* kommunikasjon - altså direkte gjennom berøring. Den taktile sansen er essensiell for disse beboerne. I tillegg har jeg alltid vært fascinert av ulike aspekter ved berøring. Jeg er også opptatt av den intime forbindelsen mellom psyke og soma – og jeg har ønsket å se nærmere på både de fysiologiske og de psykologiske følgende av berøring. Taktil berøring er et grunnleggende aspekt ved sykepleieryrket. Å hjelpe mennesket til en verdig livsavslutning er dypt forankret i helsetjenestens etikk og har alltid vært et viktig anliggende i sykepleie (Brinchmann, 2012).

## **1.2 Oppgavens problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier lindre lidelse hos terminale pasienter ved bruk av taktil berøring?*

## **1.3 Presisering og avgrensning**

I denne studien vil fokus ligge på hvordan sykepleier kan bruke berøring i sin kontakt med terminale pasienter på sykehjem. Jeg har avgrenset settingen til sykehjem fordi det er der den største andelen av eldre dør i Norge, og det er fra geriatrien jeg har mest erfaring.

Jeg har valgt å bruke begrepet *taktil berøring* for å presisere og understreke at berøringen som omtales innebærer stimulering av den taktile sans gjennom direkte hudkontakt. I arbeidet med oppgaven har jeg registrert at begrepene *terapeutisk* og *taktil* i forbindelse med *berøring* og *massasje* brukes med noe ulikt innhold. *Taktil massasje* er en svensk massasjemetode som består av myk berøring. *Therapeutic touch* betegner en form for ”ikke-fysisk berøring” innen en egen alternativ behandlingsform, som jeg ikke kommer mer inn på i oppgaven. Jeg tar ikke utgangspunkt i noen bestemt behandlingsform, men bruker *taktil berøring* i betydningen *stimulering av den taktile sans*. I oppgaven vil jeg likevel benytte meg av forskning som bygger på ulike metoder av taktil stimulering, i den grad jeg mener det er relevant for oppgavens problemstilling.

Sykepleier er lovpålagt å ivareta pårørende i sitt arbeid ved livets slutfase. Pårørende skal leve resten av livet med minnene om det som foregikk i den siste fasen, og det er viktig å trekke de pårørende aktivt med i omsorgen. De pårørende har krav på respekt og tillit og skal inkluderes som en del av teamet rundt den døende (Hjort, 2008).

Sansone og Schmitt (2000) lærte opp pårørende til forsiktig massasje, noe som viste seg å gi familie og venner muligheten til å være aktive deltagere i omsorgen ved livets slutt. Cronfalk et al. (2009) utforsket pårørendes opplevelse av å motta lett massasje mens de tok hånd om et døende familiemedlem. Det gav positive gevinster i form av indre styrke og velvære (Cronfalk, Strang, & Ternestedt, 2009). Berøringens rolle i forbindelse med pårørende til terminale pasienter er viktig, men på grunn av oppgavens begrensning vil jeg ikke gå nærmere inn på de pårørendes rolle.

Berøring og omsorg ved livets slutt er omgitt av sterke føringer knyttet til for eksempel kultur og religion. Uavhengig av kultur, vil det være individuelle forskjeller i måten man opplever og tenker rundt berøring og den terminale fase. Det er avgjørende at sykepleier er bevisst og tar hensyn til slike kulturelle forskjeller. Dette faller likevel utenfor oppgavens ramme.

## 1.4 Begrepsavklaring

### 1.4.1 Sykepleie

Ifølge Norsk Sykepleierforbund er sykepleieres særegne funksjon:

Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleieren utfører dette ved å bidra til at pasientene kan leve med konsekvensene av sin helsesvikt og/eller behandling (Norsk Sykepleierforbund, 2015).

Oppgaven retter seg mot sykepleiere på grunnutdanningen.

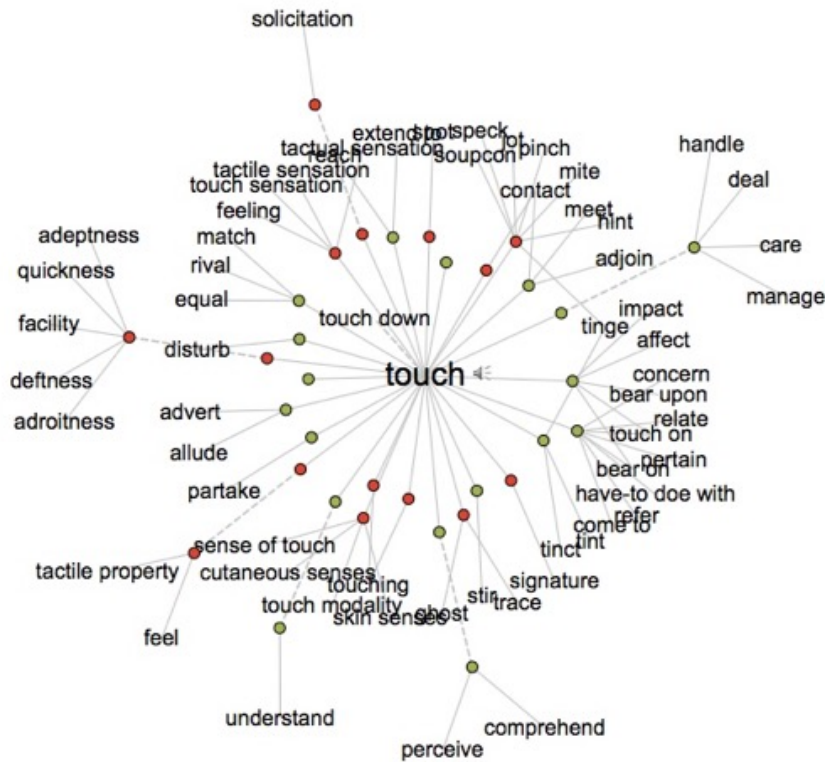
### 1.4.2 Taktil berøring

Ordet *berøring* har germansk opphav, som tysk *Berührung*, og betyr ”å røre ved”.

I Bokmålsordboka relateres ”berøring” til ord som *tangere*, samkvem og forbindelse.

Ordet impliserer det å være nær og i forbindelse med noen eller noe. Mye av litteraturen om temaet er engelskspråklig. Ordet *touch* har latinsk etymologi og betyr å komme i kontakt med noe. Det franske *touché* (berørt) brukes også på norsk, i betydning å føle seg truffet. I dagligtalen bruker vi ofte uttrykk som *ille berørt*, *en hjelpende hånd*, *være i gode hender*, *med hånden på hjertet*, *ta hverandre i hendene på det*. Språket er fullt av begreper og faste uttrykk som har å gjøre med berøring, hud og hender, og illustrerer betydningen av fysisk kontakt mellom mennesker. Berøring kan ha flytende grenser mot *beføling*, noe som forklarer at det i noen grad er blitt tabuisert i vår kultur, fordi det tillegges seksuelle undertoner (Ertner, 2014).

Man snakker om den *taktile* sansen (følesansen) som parallell til for eksempel synssansen. Det handler om det som kan berøres og oppleves gjennom berøringssansen, altså huden (SNL, 2015). *Taktil berøring* betyr altså å røre ved huden og stimulere følesansen.



Visual Thesaurus illustrerer skyen av synonymer og assosiasjoner til ordet "touch".

### 1.4.3 Lidelse

Ordet *lidelse* har igjen germansk opphav, som i tysk *Leiden*. Bokmålsordboka knytter lidelse til ordene pine, smerte, sykdom, elendighet. Sæteren (2006) skriver at lidelse kan defineres som en personlig og opplevd trussel mot viktige aspekter ved individets *selv*, dets *væren* eller *eksistens*. Opplevelsens karakter avhenger av den betydning trusselen har for den enkeltes personlige integritet. I denne oppgaven vil ordet lidelse omfatte både fysisk og ikke-fysisk smerte. Engelske synonymmer er for eksempel *suffering* og *agony*.

### 1.4.4 Terminale pasienter

Ordet *terminal* kommer av det latinske *terminus*, som betyr stasjon, grense, ende, slutt eller den siste delen av noe. Begrepet *terminal pasient* brukes om pasienter som lider av en uhelbredelig sykdom, og som forventes å dø i nær fremtid (Mathisen, 2011). Når det tverrfaglige teamet er enige om at pasienten er døende og alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert, blir den kurative intervensjonen avsluttet og palliativ omsorg overtar. Når døden nærmer seg, ser en ofte en del typiske endringer:



- Økt søvnbehov
  - Fysisk svekkelse med økende behov for sengeleie
  - Bevisstheten blir fjernere, ofte med periodevis forvirring
  - Redusert interesse for og svekket evne til å ta til seg mat og drikke
- (Hjort, 2008)

#### 1.4.5 Palliativ omsorg

Ordet *palliativ* har latinsk opprinnelse fra ordet *palliare*, som betyr ”å legge kappe om”. Palliativ omsorg (behandling/medisin/pleie) er betegnelsen på den lindrende behandling som gis til pasienter med livstruende sykdom. Palliativ omsorg fokuserer på å redusere og lindre symptomene til en sykdom og streber etter å øke livskvaliteten og tilby en helhetlig omsorg. Begrepet ble først brukt i forbindelse med kreft, men palliativ omsorg brukes nå uavhengig av diagnoser. WHO definerer palliativ omsorg på følgende måte:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (WHO, 2015).

### 1.5 Oppgavens videre oppbygning

Neste del av oppgaven skal gjøre rede for valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. Videre følger en presentasjon av relevante teorier og faglige referanser. Det dreier seg om litteratur knyttet til palliativ omsorg på sykehjem og taktil berøring, inkludert sammendrag av de ulike fag- og forskningsartiklene jeg har benyttet meg av. Deretter vil jeg nevne de etiske og juridiske referanserammene jeg anser som aktuelle for problemstillingen, og gå nærmere inn på Kari Martinsens omsorgsfilosofi som en sykepleieteoretisk forankring. Avslutningsvis tar jeg for meg funnene og drøfter i lys av problemstillingen og den aktuelle teorien.

## 2. Metode

*Metode* kan defineres som ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012). Metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe til veie ønsket informasjon og kunnskap (Dalland, 2012).

### 2.1 Metodebeskrivelse

Oppgaven bygger på skriftlige kilder, eksisterende forskning og litteratur om det valgte temaet. Den metodiske tilnærmingen er altså en litteraturstudie (Dalland, 2012). Man tar da i bruk kunnskap som allerede eksisterer, uten nødvendigvis å bidra med ny kunnskap, men trekker egne konklusjoner (Støren, 2013).

### 2.2 Litteratursøk

I denne oppgaven har jeg benyttet pensumlitteratur fra studiet, relevant litteratur i bokform som jeg har funnet i diverse biblioteker, og fag- og forskningsartikler jeg har søkt meg frem til i ulike databaser. Jeg har funnet mye relevant litteratur ved å se på litteraturlisten til aktuelle bøker og relevante litteraturstudier. Jeg har brukt Bibsys for å finne relevante bøker elektronisk og på bibliotek, og Lovdatas sider for å finne aktuell juss. Databasene jeg har søkt i er; Ovid Nursing, SweMed+, Cinahl og PubMed. Søkeordene har vært *berøring, taktil, terminal omsorg, palliativ pleie, livskvalitet, lidelse, massasje*. Søk ble foretatt på engelsk og norsk, i kombinasjon og som enkeltord. Ordet ”touch” ga gjerne svært mange treff, men få var relevante for min problemstilling. Ved å søke på ”touch” i kombinasjon med ”terminal care” og ”nursing homes” ble resultatet sterkt begrenset. Høyskolen Diakonova har gitt tilgang til sperrede artikler. Jeg kontaktet også Siri Tofteng, som foreleste om taktil berøring for kullet mitt våren 2013, og fikk lese hennes bacheloroppgave fra 2008.

## Søkehistorikk:

Database	Søkeord	Treff
Ovid Nursing	<i>Touch</i>	2169
	<i>Quality of life and terminal care</i>	1956
	<i>Suffering and terminal care</i>	493
	<i>Touch and nursing homes</i>	35
	<i>Touch and nursing homes and terminal care</i>	1
SweMed+	<i>Berøring</i>	123
	<i>Berøring and palliativ pleie</i>	7
	<i>Taktil</i>	10
Cinahl	<i>Touch</i>	6118
	<i>Touch and palliative care</i>	83
PubMed	<i>Touch</i>	26877
	<i>Massage and palliative care</i>	158

### 2.3 Kildekritikk

I denne prosessen har det vist seg å være begrenset med forskning og litteratur om temaet taktil berøring av terminale pasienter på sykehjem. Derfor har jeg også benyttet litteratur som er eldre enn ti år – som jeg har vurdert som relevant og aktuell. Jeg har også tatt i bruk noe sekundærlitteratur, for eksempel knyttet til fysiologi og Kari Martinsens forfatterskap. Sekundærlitteraturen samler, organiserer og forklarer resultater fra primærlitteraturen, selv om den nødvendigvis også forenkler. Jeg har først og fremst vært ute etter primærkilder, men de er ikke alltid like tilgjengelige.

Det er mange former for taktil berøring, og begrepsbruken kan variere. De valgte artiklene behandler ulike metoder og behandlingsformer knyttet til fysisk berøring. Jeg mener alle er relevante fordi de involverer taktil stimulering.

Noe av den anvendte litteraturen er skrevet av personer innenfor andre fagdisipliner enn sykepleie, som rosenterapi og fysioterapi. Tverrfaglighet og en holistisk tilnærming er særlig viktig ved omsorg ved livets slutt, så jeg har vurdert den anvendte litteraturen som aktuell for sykepleiefaget.

Evaluerings av tiltak for døende kan by på utfordringer. Å måle abstrakte og affektive begreper som mestring, humør og lidelse er problematisk. Det er betraktelig mer kvalitativ enn kvantitativ litteratur på temaet berøring. Noen av artiklene jeg har brukt har få intervjuobjekter, som forskningen til Roberts og Campbell (2011) og Jensen (2004). Dette svekker den eksterne validiteten, det vil si muligheten til å generalisere resultatene til andre populasjoner og kontekster enn den undersøkelsen gjaldt. Derimot gir artiklene en konkret dybdekunnskap om feltet.

### 3. Teori

#### 3.1 ”Døds kvalitet” på sykehjem

Alt er forgjengelig og døden er en naturlig del av livet. Samtidig er døden gåtefull - døden er den ultimate grensen mot det totalt uforståelige. Alle møter døden med ulike tanker og forventninger. ”Vi trenger alle noen som går sammen med oss gjennom den siste fasen av livet”, skriver Marie Aakre i artikkelen *Snakk sant om døden* (Aakre, 2001). Aakre er kjent for sitt arbeid med omsorg ved livets slutt, og hun etterlyser mer åpenhet rundt døden. Hun peker på at vi mangler kompetanse og mot til å bytte ut tanken på å bli friske med tanken på å ha litt tid igjen. I møte med dødens mysterium mangler vi språk, og vi vet ikke hvordan vi kan bytte ut taushet med åpenhet (Aakre, 2001). Professor i sosialmedisin, Per Fugelli, brukte ordet *døds kvalitet* som tittel på en kronikk i Aftenposten (24.01.12), hvor han understreker at det å legge til rette for en god død er folkehelsearbeid av første orden (Fugelli, 2012). Døds kvalitet kan forstås som livskvalitet i siste fase av livet, når døden er en nærliggende realitet.

Omsorg og pleie ved livets slutt innebærer store utfordringer og dilemmaer for helsepersonell, med avveininger av faglig, menneskelig og etisk karakter (Hjort, 2008). Sykepleien kan heller ikke standardiseres eller utøves likt av alle til alle. Faget skal utøves pasientnært, sansende, deltagende og empatisk (Aakre, 2014). Sykepleierens oppgave i møte med den terminale pasient er i størst mulig grad å lindre fysisk og psykisk lidelse og bidra til en verdig avslutning på livet. Overfor pårørende er målet å hjelpe dem til å mestre situasjonen og støtte dem i sorgen (Mathisen, 2011).

Moderne palliativ omsorg oppstod i forbindelse med hospice-bevegelsen i Storbritannia på slutten av 1960-tallet (Hjort, 2008). *Palliative care* er et helhetlig konsept som skal sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet inn i døden. Det innebærer god smerte- og symptomlindring, åpen og forberedende kommunikasjon, kompetanse i etikk, informert eller formodet samtykke, psykososial integrasjon og sjelesorg. Dette helhetlige konseptet skal tilbys alle alvorlig syke og døende pasienter, uansett alder, diagnose eller oppholdssted (Holm & Husebø, 2015).

De fleste personer i Norge dør i sykehjem. Dette har både positive og uheldige sider. Det er positivt at helsepersonell har utstyr og kunnskap om for eksempel smertelindring.

Men det kan være utfordrende for den syke å bli overlatt til fremmede i den siste delen av livet, i en periode da man på en spesiell måte har behov for kontakt med sine nærmeste (Mathisen, 2011). Sykehjemmene bør være vår viktigste arenaer for god palliasjon til eldre (Aakre, 2014). Aakre skriver at vi har kommet langt når det gjelder palliasjon til kreftpasienter, men at det er mye som gjenstår for å sikre verdig død på sykehjem. Dette har å gjøre med at det er få sykehjemsplasser, at grunnbemanning er mangelfull, og at de fleste sykehjem preges av mange ufaglærte (Aakre, 2014). Ifølge Aakre er fremtidens behov for palliative tjenester overveldende. De fleste som dør er eldre mennesker uten kreftdiagnose. Om få år vil antall døende eldre være mangedoblet. Bærekraftig videreutvikling av palliasjon til alle døende mennesker uavhengig av diagnose, alder og sted er en betydelig samfunnsetisk fordring (Aakre, 2014).

Amundsen og Carlsen (2012) påpeker at mange terminale pasienter i perioder plages av uro. Fysiske og psykiske påkjenninger kan over tid gi stressreaksjoner som muskelspenninger, rastløshet og søvnvansker (Amundsen & Carlsen, 2012). Ifølge Hjort (2008) er de viktigste symptomene som krever lindrende behandling i livets slutfase:

- Smerte
- Uro
- Angst og bekymring
- Kvalme
- Åndenød
- Surkling og ralling
- Forvirring og delirium (Hjort, 2008)

## **3.2 Taktile berøring**

### **3.2.1 Berøringens betydning i et historisk perspektiv**

Behovet for berøring er grunnleggende og allmennmenneskelig (Ertner, 2014). Helbredelse ved berøring er like gammelt som sivilisasjonen selv. Alle kulturer har tradisjoner knyttet til berøring, og det føles instinktivt riktig å holde eller stryke en del av kroppen som gjør vondt (Dossey, Certificate, Keegan, & Association, 2012). Den

taktile sansen er den første som utvikler seg i embryoet, og den siste som svinner hen (Dossey et al., 2012). Vår første kommunikasjon med andre skjer gjennom berøring. For nyfødte barn er fysisk nærhet og berøring ikke bare viktig, men avgjørende for utvikling, vekst, og til og med overlevelse. Ifølge Ertner (2014) kan mennesker overleve med andre sansetap – som tap av hørsel, syn, smak og lukt, men ikke med tap av funksjoner knyttet til følesansen. Huden, med den taktile sansen, kan dessuten i stor grad kompensere for tap av andre sanser. Men med omfattende tap av berøringskontakt vil mennesker vanskelig kunne overleve og ha et godt liv. Huden er derfor ikke bare vårt største organ og sanseorgan, men på en måte også det viktigste. Vi finner for eksempel skriftlig omtale av massasje som behandling helt tilbake til om lag 2600 år f.Kr., i et av verdens eldste verker om medisin (Dossey et al., 2012). Nightingale anbefalte på slutten av 1800-tallet varianter av massasje som effektiv behandling for en rekke sykdommer og tilstander, så som stress, søvnløshet, utmattelse og forstoppelse (Ertner, 2014).

### 3.2.2 Ulike former for berøring

Berøring kan kategoriseres på mange ulike måter. Ertner (2014) bruker følgende kategorisering:

- Selvberøring: egen stimulans
- I kontakt med omverdenen: funksjonell berøring, ekspressiv berøring og bevisst stimulering

Selvberøring er noe vi alle benytter oss av for vårt eget velvære, både bevisst og ubevisst. Hvis vi slår oss, tar vi på det aktuelle stedet for å lindre den akutte smerten. Ellers regnes det som selvberøring å klø seg i hodet, sitte med bena i kors osv. Når vi er friske, gir vi oss selv mange sanseimpulser på denne måten (Ertner, 2014). Fokuset i denne oppgaven er taktil berøring i kontakt med omverdenen, der det alltid finnes to parter: en som mottar og en som gir eller utøver berøring. Berøring i kontakt med omgivelsene kan deles inn i funksjonell berøring, ekspressiv berøring og bevisst stimulering (Ertner, 2014).

**Funksjonell berøring** er berøring som er nødvendig for å løse samhandlingssituasjoner og få gjennomført oppgaver, eksempelvis knyttet til personlig hygiene eller ulike

prosedyrer som stell, forflytning, matsituasjon og sårskift. Berøringen i disse situasjonene er en komponent i en praktisk handling og er ofte implisitt og ubevisst. Håndlaget er avgjørende om den funksjonelle berøringen oppleves som positiv eller negativ.

**Ekspressiv berøring** kan være spontane, affektive og følelsesmessige berøringshandlinger. De kan være både bevisst og ubevisst. Affektiv berøring formidler følelser som omtanke, omsorg, trøst, støtte og sympati. Ekspressiv berøring kommer gjerne til uttrykk gjennom det å holde en hånd eller å omfavne (Ertner, 2014). Kroppsberøring kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt og kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Når evnen til å kommunisere er redusert, som hos eldre med sansesvekkelser, demens og forvirringstilstander, er det også mer naturlig å røre ved den andre under samtale. Berøring kan også brukes til å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale og holde på oppmerksomheten under samtalen. Mye tyder på at jo mindre kognitivt den andre kommuniserer, desto viktigere kan berøring være (Eide & Eide, 2007).

**Bevisst stimulering** er bevisst og målrettet fysisk kontakt med en spesifikk intensjon: berøring for berøringens skyld. Berøring som bevisst og planlagt tiltak (for eksempel massasje) kan være godt egnet under flere forhold - som:

- pasienten er sengeliggende
- har søvnforstyrrelser
- hos pasienter som opplever begrenset fysisk kontakt
- ved smerter
- for å skape en mulighet for å være sammen med pasienten
- for å formidle positive signaler når verbal kommunikasjon er begrenset eller umulig (Ertner, 2014).

### 3.2.3 Fysiologi

Som sykepleier er det viktig å ha kjennskap til hvilken påvirkning berøring kan ha på mottakeren og hvilke fysiologiske mekanismer som aktiveres i kroppen. Fremdeles er det mye vi ikke vet, rent vitenskapelig, om virkningsmekanismer og effekter ved fysisk



berøring (Ertner, 2014). Selv om berøring regnes som en av de viktigste nonverbale modalitetene, har den fått lite forskningsoppmerksomhet.

Huden er kroppens største organ og et gigantisk kommunikasjonssystem. Det er hudsansen som formidler den mest direkte kontakten med verden utenfor kroppen. Den taktile sansen er basert på sanseceller av ulike typer i huden. Rundt hårsekkene er det frie nerveender som er følsomme for bevegelse av håret (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, & Toverud, 2006). Huden skal verne oss mot fare og smerte og sikre et godt miljø for alle våre indre fysiologiske prosesser. Samtidig fungerer huden som et signalsystem på den måten at den både tar imot og formidler beskjeder mellom oss og den verden vi lever i (Ertner, 2014). Det er 5 millioner berøringsreseptorer i huden og så mange som 3000 i en enkel fingertupp (Olphert, 2014). Huden formidler informasjon om omverdenen til nervesystemet. Reseptorer i huden og dyptliggende vev registrerer varme, kulde, trykk, berøring og smerte. Disse reseptorene finnes over hele kroppen, men i varierende tetthet, det er derfor følesansen ikke er lik alle steder. Den sensoriske stimuleringen som berøringen gir, aktiverer såkalte A beta- og C-fibre i huden, som så leder disse signalene via ryggmargen opp til hjernen og hjernestammen der de modifiseres og tolkes (Ertner, 2014).

Det er i det siste blitt forsket mer på hvordan hjerneprosessene innvirker på resten av kroppen og hvordan kroppen virker tilbake på hjernen. På 1980-tallet oppdaget man at det skjer en utskillelse av neurotransmitteren dopamin ved berøring (Nissen, 2008). Taktil berøring utløser ofte en tilstand av fred, ro og avslapning. Dette kan skyldes påvirkning av to ulike hormoner: reduksjon av stresshormonet kortisol og økning i oxytocin, som synes å fremme ro (Ertner, 2014). Kortisol defineres gjerne som et stresshormon. Stress øker utskillelsen av ACTH, som så stimulerer frisetting av kortisol i blodet.

Oxytocin dannes i hypofysen og er et hormon som sirkulerer både i hjernen og kroppen. Oxytocinet kan gi opphav til en rekke fysiologiske effekter og påvirker blant annet både blodtrykk, immunforsvar, vekst og toleranse for smerte (Uvnäs-Moberg, 2006). Som hormon er oxytocin nært forbundet med fødselsprosessen idet hormonet utløser sammentreknings i livmoren, altså riene. Videre er oxytocin også viktig for amming ettersom det styrer melkeutdrivingen ved å fremkalle tømning av melkekjertlene.

Hormonet finnes imidlertid både hos kvinner og menn. Oxytocin har også blitt kalt kjærighetshormonet, eller nærhetens hormon (Uvnäs-Moberg, 2006). Dette er fordi det utgjør en viktig faktor oss mennesker imellom. Hormonet er essensielt for tilknytningen mellom foreldre og barn, og er dessuten vesentlig både for å skape, forsterke og vedlikeholde relasjoner. Lege og forsker Kerstin Uvnäs-Moberg viser til berøringens evne til å løse opp blokkerte minner og fremme nyorientering, i tillegg til oxytocinets beroligende effekt (Uvnäs-Moberg, 2006). Oxytocin kan gi avslapning, økt våkenhet, reduksjon av smerte og lindring av depresjonssymptomer (Alexandersson, Dehlén, Johansson, Petersson, & Langius-Eklof, 2003).

Mange som mottar bevisst berøring forteller om økt velbehag. Det er også flere som rapporterer om at massasje vekker minner. Dette kan forklares med at den sensoriske stimuleringen av fibrene, via ryggmargen og hypotalamus, når de limbiske strukturer i hjernen. De limbiske strukturer er involvert ved følelser og minner (Henricson & Billhult, 2010).

Opplevelsene av avslapning, hvile, fred og ro som berøring fører med seg, kan også skyldes påvirkning av det autonome nervesystem. Dette er det ikke-viljestyrte nervesystemet, som styrer aktiviteten i indre organer. Noen hevder at positiv opplevd berøring kan bidra til å fremme aktiviteten i det parasympatiske systemet (ro- og hvilesystemet) og på den måten dempe det sympatiske systemet (kamp- og fluktsystemet) (Ertner, 2014).

I følge Henricsen og Billhult (2010) har forskning vist en rekke psykologiske og fysiologiske reaksjoner på lett massasje og taktil berøring:

#### **Fysiologiske reaksjoner:**

- Lavere puls og blodtrykk
- Senket blodsukkernivå
- Opplevelse av at musklene slapper av, lindring av smerte og søvnproblemer
- Økt blodsirkulasjon, økt kroppsbevissthet og roligere åndedrett
- Opplevelse av færre plager

- Bedre tarmfunksjoner
- Smertelindring

### **Psykologiske reaksjoner:**

- Følelse av nærhet, lindring av lidelse
- Bekreftelse
- Få være utvalgt og spesiell
- Kjenne seg sterk
- Lindring av angst og uro
- At behandlingen kan vekke så vel glade som vonde minner til liv  
(Henricson & Billhult, 2010)

### **3.3 Presentasjon av valgte artikler**

**Alexandersson, Dehlén, Johansson m.fl. (2003):** *Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbeidet i palliativ vård*

Denne svenske studien ser på helsepersonells opplevelse av bruk av *taktil massasje* innenfor palliativ omsorg og effekter det kan ha for pasientene. Totalt 103 pasienter mottok taktil massasje, i hovedsak på ben, fot og hånd. Taktil massasje ble brukt som et komplement til medikamentell behandling av symptomer som bekymring, smerte og søvnforstyrrelser. Resultatene viste at taktil massasje var et ypperlig verktøy for å kommunisere og komme nær pasientene, særlig der dette tidligere hadde vært vanskelig. Personalet opplevde at behandlingen bragte dem nærmere pasienten, og dermed gjorde det lettere å stoppe opp og takle vanskelige spørsmål. Mangel på tid ble ansett som det største hinder (Alexandersson et al., 2003).

**Roberts og Campbell (2011):** *Using the M technique as therapy for patients at the end of life: two case studies*

Denne britiske studien så på effektene av en berøringsmetode kalt *M-metoden* - en strukturert form for taktil berøring bestående av forsiktig stryking. Teknikken er en enkel måte å berøre pasienten på som sykepleiere kan lære i løpet av to dager. Berørings teknikken viser seg å være godt egnet på skjør hud, noe som er vanlig hos

terminale pasienter. Artikkelen beskriver to ”case studies”, der M-teknikken blir utført på en kvinne med diagnosen MS og en mann med CP. Begge pasientene befinner seg i endestadiet av sykdommen og mottar palliativ pleie. Den taktile berøringen førte til drastisk reduksjon av smerte, økt ro og dypere søvn hos pasientene (Roberts & Campbell, 2011).

**Sansone og Schmitt (2000):** *Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project*

Denne studien ser på effektene av forsiktig massasje hos 49 beboere ved et sykehjem i New York. Det ble forsket spesielt på to ulike grupper av beboere; de som led av kronisk smerte og de med demens som viste nervøs og urolig adferd. Ansatte ved sykehjemmet ble opplært av en massasjeterapeut. Prosedyren ble utført tre ganger med ulike beboere og personell i tolv uker hver. Resultatene viste en betydelig reduksjon av smerte og angst, i tillegg til bedret søvn i to av de tre tolvukersfasene. De ansatte rapporterte at den taktile berøringen fremmet deres evne til å kommunisere med beboerne og bedret relasjonen mellom sykepleier og beboer (Sansone & Schmitt, 2000).

**Cronfalk, Strang, Ternestedt m.fl. (2009):** *The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care – an intervention*

Denne svenske studien undersøker hvordan palliative pasienter opplever å motta lett massasje. 22 pasienter mottok lett massasje (på hender eller føtter) ni ganger i løpet av to uker. Etter den siste massasjeøkten, ble det foretatt et kvalitativt intervju.

Behandlingen beskrives som en helhetlig opplevelse karakterisert som ”a time of existential respite” – et eksistensielt pusterom. Opplevelsen beskrives som en slags opphevelse eller overskridelse av ulike plagsomme forhold, som sykdom, smerte, angst, tid, tap av kontroll, isolasjon og meningsløshet. Pasientene beskriver opplevelsen av stundene med taktil berøring langs to dimensjoner: omsorgsfull oppmerksomhet og en fornemmelse av fullstendig ro basert på kroppslig velbehag og mental avkobling (Cronfalk, Strang, Ternestedt, & Friedrichsen, 2009).

**Borch og Hillervik (2005):** *Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet – patienter berättar*

Denne svenske studien ville finne ut hvordan pasienter beskriver sin opplevelse av taktil berøring som en del av den hverdagslige omsorgen innenfor medisinsk og geriatrisk

pleie. Åtte pasienter ble intervjuet. Artikkelforfatterne påpeker at berøring under daglige rutiner kan innebære at de normer som vanligvis gjelder for sosial kontakt overskrides. Resultatene av studien viste at den funksjonelle berøringen førte med seg et emosjonelt ”budskap” til pasientene. Opplevelsene varierte fra positivt til mindre positivt. De positive opplevelsene ble beskrevet med ord som velbehag, trygghet og en følelse av å bli sett. Mens de negative opplevelsene trigget følelser av ubehag, smerte, avhengighet og en følelse av å bli betraktet som en ting istedenfor et individ. Pasientene opplevde trygghet når personalet viste omsorg, hensyn og empati (Borch & Hillervik, 2005).

**Jensen (2004):** *Det gode håndlag. Reflektert eller ureflektert berøring gjør forskjell*

I denne norske studien intervjues tre sykehjemsbeboere for å få innblikk i pasientenes opplevelse av det gode håndlag på sykehjem. Deltakerne betraktet først og fremst velvære som et resultat av stell. Velvære i selve stellsituasjonen var knyttet til tre forhold: at pleieren hadde en sikker hånd og innøvde rutiner, kontinuitet, og at pleierne hadde god tid og en rolig arbeidsform slik at pasientene ble møtt med forståelse for sitt sykdomsbilde og situasjonen de befant seg i. Artikkelforfatteren konkluderer med at et mål for praksis bør være å skape økt bevissthet og kunnskap hos helsepersonell rundt pasientens kroppslige og verbale tegn, samt positive og negative konsekvenser av berøring. Hun understreker at en bevisstgjøring av verdier og holdninger er nødvendig (Jensen, 2004).

**Gjerberg og Bjørndal (2007):** *Hva er en god død i sykehjem?*

Denne norske studien ville ha svar på hva som kan betegnes som en ”god død” på sykehjem, og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn. Metoden de tok i bruk var intervju med 14 ansatte ved fem sykehjem. De ble spurt om sine erfaringer med sykehjempasienters livsavslutning. En grunnleggende forutsetning for å gjøre den siste fasen så god som mulig, viste seg å være personalets respekt for pasient og pårørende. At pasientene blir sett og verdsatt må gå som en rød tråd gjennom hele oppholdet, men er ikke mindre viktig i den siste fasen av livet. Er ikke dette til stede, faller alt annet, skriver artikkelforfatterne. Ifølge informantene kan respekt demonstreres på mange måter; ved å gi seg tid i stellet, ved måten å snakke til den gamle på, i stemmebruk og håndlag, ved å gjøre det vakkert rundt den gamle og skape ro i omgivelsene. Fire forhold ble ansett som avgjørende for alle intervjuobjektene; god smerte- og annen

symptomlindring, trygghet, livsforlengende behandling og forholdet til pårørende (Gjerberg & Bjørndal, 2007).

**Bush (2001):** *The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults*  
Artikkelforfatteren ser på hva tidligere litteratur har skrevet om taktil berøring for å øke velvære hos eldre. Bush konkluderer med at taktil berøring særlig kan være nyttig og verdifullt for å fremme velvære og kommunikasjon blant institusjonaliserte eldre, og terminale pasienter og deres pårørende. Bush argumentere for at taktil berøring, tilbudt på en omsorgsfull og kompetent måte, kan påvirke både fysiske, psykososiale og åndelige aspekter ved eldre pasienters helse (Bush, 2001).

### 3.4 Etske og juridiske referanserammer

#### 3.4.1 Holisme

Taktil berøring som tiltak springer ut av en holistisk orientering. Holisme betyr helhetsforståelse og er en livsoppfatning som innebærer at alle deler av menneskets natur må tilgodeses. Ifølge holistisk tankegang inngår enhver del som en bestanddel i en større helhet. Hver del er igjennom helheten forbundet med de andre delene (Brinchmann, 2012). Ut fra holistisk tenkning kan man ta utgangspunkt i fire dimensjoner ved mennesket og hvordan disse griper inn i hverandre, når man ønsker å gi mest mulig helhetlig omsorg: den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige dimensjonen (Brinchmann, 2012).

#### 3.4.2 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk er et etisk rammeverk som er utviklet av amerikanerne Beauchamp og Childress. Disse skal ligge til grunn ved løsning av medisinsk-etiske spørsmål.

De fire prinsippene defineres som plikter:

- Velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre
- Ikke skade – plikten til ikke å skade andre
- Autonomi – plikten til å respektere pasienters selvstendighet

- Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2012)

### 3.4.3 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på det internasjonale sykepleierrådets grunnprinsipper. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal ”grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” og ”sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”. Dette er i tråd med Høyskolen Diakonovas verdisyn. Særlig relevante punkter:

- Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg
- Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død
- Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet (Norsk Sykepleierforbund, 2007)

### 3.4.4 Maktperspektivet i sykepleie

Pleie og omsorg handler om å ivareta pasienters behov når de selv og pårørende har måttet gi tapt. Å være avhengig av hjelp setter et menneske i en underlegen posisjon; den selvstendige og uavhengige har automatisk en sterkere posisjon. I maktforholdet mellom helsearbeidere og pasienter innebærer dette at pasientene har lite makt, fordi de er avhengig av helsearbeiderens hjelp. I en relasjon der den ene parten har mye makt, kan den andre parten oppleve avmakt, og maktutøvere er alltid i en posisjon der de kan misbruke sin makt. Makt er et tvetydig begrep. Makt kan betegne en positiv kraft og evne til handling. For eksempel kan sykepleiere bruke sin makt til å fremme pasientens helse og livskvalitet. På den andre siden kan makt misbrukes ved at et person blir påtvunget en annens vilje. Måten helsearbeidere bruker sin makt på, gjenspeiler deres holdninger og verdier (Ingstad, 2013).

### 3.4.5 Juridisk referanseramme

#### **Lov om helsepersonell:**

##### **§ 4. Forsvarlighet**

*”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a)

#### **Lov om pasient- og brukerrettigheter:**

##### **§ 1-1. Formål (annet ledd):**

*”Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.”*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b)

Et annet moment, som kan legges til i den juridiske rammen, er en NOU (Norges Offentlige Utredninger) fra 1999. *NOU 1999:2 – Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende* ble avgitt til Sosial og Helsedepartementet og presenterer en helhetlig plan for behandling, pleie og omsorgstilbud til mennesker i livets slutfase. Her har de blant annet henvist til FNs erklæring om den døendes rettigheter, som NOUs vurderinger og anbefalinger i stor grad baseres på (NOU 1999:2, 1999). Her er noen av punktene fra **FNs erklæring om den døendes rettigheter:**

- *Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør*
- *Jeg har rett til smertelindring*
- *Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe*



*meg å møte min død*

- *Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet*
- *Jeg har rett til å slippe å dø alene*

(NOU 1999:2, 1999)

### 3.5 Sykepleieteoretisk forankring: Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (født 1943) er en norsk sykepleier med magistergrad i filosofi og dr.philos. i historie (Kristoffersen, 2011). Martinsen tar utgangspunkt i at sykepleiefaget er bygd opp omkring begrepet omsorg. Hun betrakter omsorg som et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og dermed også grunnlaget for sykepleie. Ifølge Martinsen har det trente håndlag og lydhørhet i samspill med pasienten havnet i skyggen av vitenskapelig kunnskap og teori i sykepleien.

#### 3.5.1 Menneskesyn

Martinsen vektlegger relasjoner mellom mennesker; det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Det er en kjensgjerning at menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv, sier hun. Mennesker er avhengige av hverandre. Denne avhengigheten blir særlig synlig når mennesket trenger hjelp ved sykdom, skade eller funksjonstap. Men Martinsen understreker at noe av det enkelte menneskets liv i enhver situasjon vil være overlatt og utlevert til et annet menneske (Kristoffersen, 2011).

#### 3.5.2 Nærhetsetikken og Løgstrup

Martinsens forfatterskap er inspirert av tenkningen til den danske filosofen og teologen Knud Løgstrup, og hans *nærhetsetikk*. Det er en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter *jeg-du*-forholdet i sentrum (Brinchmann, 2012). Filosofen Martin Buber skiller mellom det forholdet man har til mennesker (*jeg-du*) og det forholdet man har til ting (*jeg-det*). Buber peker på det uetiske i å ha et *jeg-det*-forhold til mennesker (Buber, 2004). Fokuset i nærhetsetikken ligger på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Et av nærhetsetikkens hovedpoeng er at vi må være oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte situasjonen. Hvis en ikke er var for den andres situasjon, kan en heller ikke se hvilke verdier som står på spill. Det kan bare oppfattes gjennom følsomhet og menneskelig intuisjon (Brinchmann, 2012).

Løgstrup skriver at det å være menneske betyr å forholde seg til visse grunnleggende sosiale aspekter. Disse kaller han de *spontane livsytringene*: tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp. Disse er selvfølgelig for oss, selv om vi ikke alltid er oppmerksomme på dem (Brinchmann, 2012). Livsytringene er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg. Mennesker vil vanligvis møte hverandre med tillit. Når vi møter hverandre med tillit, utleverer vi oss til hverandre. Vi legger noe av vårt liv i den andres hender, og forventer dermed å bli sett, møtt og tatt vare på. Den etiske fordringen er i følge Løgstrup at vi skal ta vare på det av den andres liv som blir lagt i vår hånd (Brinchmann, 2012). Livsytringer er spontant og naturlig tilstede mellom mennesker inntil de på en eller annen måte blir ”skuffet”. Når de spontane livsytringene ”skuffes”, forventninger blir brutt, åpnes det opp for mistillit, løgn, håpløshet og ubarmhjertighet mellom mennesker (Martinsen, 2003a).

### 3.5.3 Omsorgens tre dimensjoner

Omsorg handler både om måten sykepleieren møter pasienten og måten sykepleieren handler på. Martinsen tar avstand fra *formålsrasjonaliteten* i moderne sykepleie, der det overordnede målet er at pasienten skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet.

Omsorg bør betraktes som et mål i seg selv, og pleiesituasjonen skal være preget av å gjøre det så godt som mulig for pasientens her-og-nå-situasjon (Martinsen, 2003b). En sykepleiesituasjon kjennetegnet av omsorg, vil gi opplevelse av velvære som et naturlig resultat. Omsorg kjennetegnes ved en etisk appell som utgår fra ett menneske til et annet gjennom de spontane livsytringene, og dette er fundamentet for omsorgsfilosofien.

Omsorgsbegrepet har i følge Martinsen tre dimensjoner; en relasjonell, en praktisk og en moralsk. Den moralske dimensjonen er overordnet, men i en konkret situasjon vil de tre dimensjoner være fullstendig integrert og sammenvevd.

**Omsorgens relasjonelle dimensjon:** For å oppnå en god relasjon med pasienten er det nødvendig at sykepleier er engasjert og villig til å sette seg inn i pasientens situasjon. Tillit er grunnleggende for en god relasjon mellom pasient og sykepleier, og uunnværlig i all omsorg (Kristoffersen, 2011).

**Omsorgens praktiske dimensjon:** Sykepleier skal bruke fagkunnskap og egne erfaringer for å forstå pasientens behov. Vi skal ikke *kjenne* hva pasienten kjenner, men *gjenkjenne* det. Martinsen er opptatt av at pasienten ikke skal føle seg umyndiggjort,

men at omsorgen tilrettelegges og gjennomføres slik at pasienten opplever anerkjennelse (Kristoffersen, 2011).

**Omsorgens moralske dimensjon:** Martinsen er opptatt av den nære forbindelsen mellom omsorg og moral. Det er moralsk å handle til den andres beste. Moralen er fundert i kjærlighet og uttrykker kjærlighet i handling. Moralen handler ikke om normer og regler, men om å gjøre det beste for pasienten med omsorg. Normer og regler trenger vi først når det har skjedd et sammenbrudd i moralen (Martinsen, 2003a).

### 3.5.4 Sansning og forståelse

Sykepleier må bruke sansene for å oppnå kunnskap og forståelse. Løgstrup understreker betydningen av å være sansende og oppmerksomt tilstede (Martinsen & Kjær, 2012). Sansende tilstede er sykepleieren var for den andres appell om å bli møtt og ivaretatt. Iblant kan det være utfordrende for en sykepleier å være sansende tilstede i en hektisk arbeidshverdag. I denne travelheten kan det oppstå hva Martinsen kaller *sansetørke*. Å være sansende og sårbart tilstede innebærer å være *tydende tilstede*. Sansningens stemthet er den mottakelighet som skal til for at noe overhodet kan gjøre inntrykk på oss, skriver Løgstrup (Martinsen & Kjær, 2012). Å *tyde* innebærer at sykepleier tolker inntrykket av den andre – av pasienten. Målet er å fremme den lidendes livsmot. Martinsen påpeker det spesielle ansvaret sykepleiere har for de svakeste og mest hjelpetrengende. Omsorg ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon, det vil si på pasientens premisser (Kristoffersen, 2011). Det er samtidig viktig å unngå *sentimental omsorg*, der sykepleiers deltakelse i den andres lidelse er begrenset til sykepleierens egne følelser i møte med pasienten (Kristoffersen, 2011).

### 3.5.5 Urørlighetssonen

Et felles grunntrekk ved livet er at ethvert menneske gjør krav på et helt personlig indre rom for seg og sitt. Dette rommet kaller Løgstrup menneskets *urørlighetssone*. Urørlighetssonen markerer stedet der det enkelte mennesket setter grensen for nærhet og avstand til den andre. Løgstrup knytter urørlighetssonen til menneskets integritet. Krysser man grensen for det personlige rom, krenker man samtidig menneskets integritet (Austgard, 2010).

## 4. Drøfting

### 4.1 Taktil berøring for terminale pasienter på sykehjem

Sykepleier ivaretar pasientens grunnleggende behov, ifølge NSF's definisjon av sykepleie. Berøring og nærhet er et grunnleggende behov hos mennesker (Ertner, 2014). En "konsekvens av helsesvikt" kan være ulike former for lidelse. Noen av de vanligste lidelsene i terminal fase er smerte, uro, angst, bekymring og forvirring. Til den terminale fase fører også endringer som økt søvnbehov og fysisk svekkelse som medfører sengeleie (Hjort, 2008). Funnene i de valgte artiklene bekrefter de fysiologiske og psykologiske reaksjonene på berøring som Henricson og Billhult (2010) viser til (jf. punkt 3.2.3). Taktil berøring reduserer smerte, lindrer uro og angst, motvirker depresjon, fremmer søvn og bidrar til avslapning og velvære (Alexandersson et al., 2003; Bush, 2001; Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009; Roberts & Campbell, 2011; Sansone & Schmitt, 2000). Stimulering av den taktile sans aktiverer berøringsreseptorene, som fører til at det utskilles oxytocin, som i sin tur bidrar til velvære og avslapning (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009; Uvnäs-Moberg, 2006). Studier viser at pasienter faller i søvn som et resultat av massasje - selv i tilfeller med kraftig smerte. Berøring reduserer angsten som trigger smerten, og induserer dermed avslapning og søvn (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009).

Bevisst stimulering som tiltak egner seg særlig godt til sengeliggende pasienter og pasienter som opplever begrenset fysisk kontakt (Ertner, 2014). Vi har et basalt behov for hudkontakt; en stor del tilfredsstillende selv gjennom spontan, ubevisst berøring av oss selv. En som er alvorlig syk og sengeliggende vil i mindre grad være i stand til å dekke dette behovet ved selvstimulering. Dette kan føre til at denne pasientgruppen er ytterligere utsatt for berøringsdeprivasjon.

Det er sykepleiers oppgave å fremme den lidendes livsmot, skriver Martinsen (2003a). I det følgende vil jeg drøfte hvordan sykepleier ved bruk av taktil berøring kan lindre psykiske og eksistensielle aspekter ved den terminale pasientens lidelse. Martinsen definerer omsorg som grunnlaget for sykepleie. Jeg vil benytte meg av Martinsens begreper om omsorgens tre dimensjoner som rammer for drøftingen, men vil bruke dem fritt, som veiledende, åpne kategorier.

## 4.2 Styrking av relasjonell omsorg

”Å bli tatt på av et annet menneske oppfyller behovet for å være ønsket som en fysisk tilstedeværende. Man er involvert og forent i et samlet nettverk av verdier med andre” (Autton, 1990)

I en sen palliativ fase kan pasienten føle at nærmest ethvert aspekt av livet er truet av forandringer knyttet til sykdommen. Fysiske symptomer, i tillegg til tanker omkring egen mortalitet og korte gjenværende liv, kan føre til følelser av håpløshet, isolasjon, av å være fanget og uten fremtid. Dette kan lede til eksistensiell angst (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Tap av relasjoner kan føre til følelser av meningsløshet. Tap av kontroll over egen kropp og dens funksjoner kan trigge følelser av avhengighet, angst og ensomhet (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Åndelig smerte hos alvorlig syke kan være knyttet til meningsløshet, tap av identitet og opplevelse av verdiløshet (Sæteren, 2006). Mange døende føler seg alene. Den døende er alene med selve dødsprosessen og opplevelsen. Som del av en holistisk sykepleie er det viktig å strebe etter å styrke pasientens sosiale dimensjon. Det slås fast i menneskerettighetene at et menneske ikke skal dø alene (NOU 1999:2, 1999). Fuggeli skriver at dette er en viktig komponent i ”dødskvaliteten” (Fugelli, 2012), og Martinsen betrakter sosiale relasjoner som det fundamentale i menneskelivet (Kristoffersen, 2011).

Berøring av pasienter er en del av sykepleiers hverdag. I omsorgsarbeid anvendes kroppslig berøring på en måte som avviker fra berøring i andre sosiale sammenhenger. I egenskap av sin yrkesrolle må sykepleiere med nødvendighet overskride de normer som ellers gjelder for berøring (Borch & Hillervik, 2005). Kroppslig berøring kan dermed oppleves som invaderende. Dette henger sammen med *urørighetssonen* – hvis man overskrider en intimitetsgrense, kan det oppleves som et angrep på ens integritet (Martinsen, 2003b). For at berøring skal oppleves som positiv, er det en forutsetning at det eksisterer et tillitsforhold og en trygghet mellom sykepleier og pasient. Formålet med *Loven om pasient- og brukerrettigheter* er blant annet å fremme tillitsforholdet og den sosial tryggheten mellom pasient og sykepleier (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Tillit og barmhjertighet er spontant og naturlig til stede mellom mennesker, ifølge Løgstrups tanker om de spontane livsytringene (Martinsen, 2003a). Hvorvidt sykepleieren opprettholder denne tilliten avhenger av måten pasienten blir møtt på. Den døende på sykehjem ønsker trygghet og å bli møtt med respekt (Gjerberg & Bjørndal,

2007). Dette er i tråd med *De yrkesetiske retningslinjer* som påpeker at sykepleier skal møte pasienten med respekt for hans/hennes iboende verdighet. For å etablere en følelse av trygghet og tillit, må sykepleier også besitte innsikt og kunnskap om pasientens situasjon (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Dette understøttes av Jensen (2004), som understreker at det er viktig for pasienten å bli møtt med forståelse for sitt sykdomsbilde og sin situasjon. Som sykepleiere bærer vi stadig ”noe av pasienten i våre hender”; dette gir en makt som må brukes på en måte som skaper trygghet og er hensiktsmessig for pasienten.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient er ikke bare en *forutsetning* for positiv berøring, men det kan også være en *konsekvens* av taktil berøring (Sansone & Schmitt, 2000). Terminale pasienter på sykehjem møter døden i omgivelser som er fremmede for dem, både rent fysisk og psykososialt. Taktil berøring viser seg å være et utmerket middel for å kommunisere og komme nær pasientene, og bidra til å etablere relasjon med pasienter som det kan være vanskelig med å få kontakt med (Alexandersson et al., 2003). Den fysiske nærheten og sykepleierens dedikasjon til hver situasjon bidrar til å skape et tillitsbånd mellom pasient og sykepleier (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Berøring kan bringe sykepleier og pasient nærmere hverandre på kortere tid. Dette gjelder særlig for alvorlig syke og døende, og for personer med nedsatt sansevne (Eide & Eide, 2007).

På grunn av pasientens reduserte kommunikasjonsevne, kan kommunikasjon være en utfordring i den terminale fase, både for pleier og pårørende. I sykehjemmene regner man med at 60-70% av pasientene lider av aldersdemens (Hjort, 2008). Dette gjør at de nonverbale kommunikasjonsmulighetene blir viktige for å erstatte den verbale kommunikasjonen. Berøring er på mange måter et universelt språk. Som en primitiv kommunikasjonsmetode inneholder berøringen ofte mening for et individ når ingen annen kommunikasjonsform gjør det. Berøring er en grunnleggende og spontan måte å vise støtte på overfor en annen som er syk eller lider. Ifølge Hippokrates skulle all god medisin ha tre hovedmål: noen ganger helbrede, ofte lindre, alltid trøste (Ertner, 2014). Den terminale pasienten kan oppleve et spesielt behov for trygghet og trøst – noe som kan formidles gjennom ekspressiv berøring. Taktil berøring som tiltak kan være en måte og mulighet for å være sammen når verbal kommunikasjon er vanskelig og kanskje umulig. Alexandersson (2003) viser at taktil berøring kan støtte og underlette den

verbale kommunikasjonen med pasienten. Tiltaket gjør det lettere å bli værende hos pasienter når vanskelige temaer kom opp, uten nødvendigvis å måtte komme med svar (Alexandersson et al., 2003). Berøring kan formidle positive signaler. Nonverbal kommunikasjon kan til og med være mer nøyaktig når det gjelder å reflektere sinnsstemninger og uttrykke sanne følelser. I visse situasjoner er ord mer til hinder enn til hjelp. Fysisk berøring knytter oss til vår egen menneskelighet: den hjelper oss til å gi av oss selv og dele våre følelser med hverandre (Autton, 1990). Berøring er den kommunikasjonsformen vi opplever som mest personlig (Autton, 1990), noe som gir både muligheter og utfordringer.

Man kan bruke berøring ekspressivt på en bevisst måte for å formidle empati, trøst, trygghet og omsorg. Samtidig kan man hevde at måten sykepleier berører en pasient på *alltid* medfører et budskap, bevisst eller ikke. Det vil si at all berøring på et vis kan betegnes som ekspressiv.

### 4.3 Bevisstgjøring av praktisk omsorg

Sykepleie er palliasjon, det gode stellet lindrer, det oppmerksomme nærvær bekrefter, det kompetente sårskift trygger, den gode samtalen avlaster. Sykepleiens begrunnelse er mennesket selv, faget er etisk i sin eksistens. God sykepleie fremmer livskvalitet, verdighet, integritet og velvære (Aakre, 2014)

Å være *tydende* tilstede er ifølge Martinsen en essensiell kvalitet for sykepleiere. Å tyde handler om å tolke pasientens signaler. Ved å være åpen og var for sansningen og inntrykkene i møte med pasienten er det mulig for sykepleieren å ta imot og tolke de signalene pasienten gir. Martinsen vektlegger sykepleiers følsomhet og menneskelig intuisjon. På bakgrunn av det som sanses, anvender sykepleier sin faglige forståelse (Austgard, 2010). Som sykepleiere er vi både spontane og reflekterte, understreker Martinsen (Kristoffersen, 2011). Viktigheten av å være tydende tilstede går igjen i forskningen. Lydhørhet og oppmerksomhet for pasientens signaler er avgjørende for om berøringen oppleves som positiv (Alexandersson et al., 2003; Jensen, 2004). Noen pasienter sier at de ville akseptert massasje fra alle innenfor helsesystemet, så lenge de var sensitive for deres behov (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009).

Etikk og rette holdninger er avgjørende for at taktil berøring skal bli utført på en bevisst og reflektert måte. De fire prinsippers etikk påpeker at *ikke skade, velgjørenhet og autonomi* er en sykepleiers plikter. For å ivareta den terminale pasientens autonomi er det essensielt at sykepleier etablerer en *jeg-du*-relasjon og ikke en *jeg-det*-relasjon. Hvis en ikke er klar for den andres situasjon, kan en heller ikke se hvilke verdier som står på spill (Brinchmann, 2012). Ved ureflektert berøring kan pasienter føle seg tingliggjort (Jensen, 2004). Dette innebærer å føle seg behandlet som en syk kropp, fremfor et helt menneske. Mangel på bevissthet rundt hva et håndlag formidler, gjør til at sykepleiere kan oppleves som hardhendte og hensynsløse uten selv å være klar over det (Jensen, 2004). Sæteren (2006) viser til studier som belyser alvorlig syke pasienters opplevelse av å bli krenket ved måten de mottar hjelp fra helsearbeidere på. Lidelsen springer her ut av en relasjon mellom pasient og helsearbeider som er preget av neglisjering av pasientens eksistensielle behov. Pasienten blir ikke tatt på alvor som et helt menneske (Sæteren, 2006). Dette kaller Martinsen et tillitsbrudd. Jeg-det-berøring kan utløse ubehag og redsel for at berøringen skal forårsake skade (Borch & Hillervik, 2005). Det er også et misbruk av makt.

Et viktig tiltak for å ivareta pasientens autonomi er å gjøre pasienten delaktig (Borch & Hillervik, 2005). Sykepleier bør aldri anta at en pasient ønsker berøring og må alltid spørre først. Hvis responsen er fraværende eller uklar går det an å forsøke en tentativ berøring og følge nøye med på pasientens reaksjoner. For å gi gevinst og være effektiv, bør berøringen formidles av et varmt, genuint, omsorgsfullt individ til én som er villig til å motta (Dossey et al., 2012). Som terminal pasient er det vanlig å oppleve mangel på autonomi. Avhengighet av omsorg kan i seg selv føre til lidelse. Utført på en positiv måte, kan bevisst berøring styrke den terminale pasientens autonomi; pasienter opplever å gjenvinne kontroll over egen kropp fordi smerte og andre symptomer ikke dominerer under eller like etter berøringen (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009).

Martinsen skriver om den problematiske tidsklemma som en *sansetørke* – kvantitet går på bekostning av kvalitet og en tydelig tilstedeværelse. I flere studier fremstår mangel på tid som et hinder for å utøve taktil berøring som tiltak (Alexandersson et al., 2003; Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Sykepleiefaget står i fare for å undervurdere berøringens betydning i dagens tidspress når stell kun er et hygienisk tiltak som skal utføres på kortest mulig tid (Jensen, 2004). Dårlig tid, og lite refleksjon og bevissthet, er



faktorer som fører til negative opplevelser av funksjonell berøring (Borch & Hillervik, 2005; Jensen, 2004). Pasienter opplever smerte og uro i forbindelse med berøring når personalet er stresset, har dårlig tid og opptrer hardhendt (Borch & Hillervik, 2005). I omsorgsarbeid ved livets slutt er det særlig viktig å ikke tenke effektivitet, men kunne ta seg tid. Målet er et velbefinnende som omfatter både opplevelser av det berøringen fører til, men også opplevelser av berøringen i seg selv (Borch & Hillervik, 2005). Tid er essensielt i all omsorg for døende; rett anvendelse av tiden er viktig for pasienten. I kontrast til *formålsrasjonaliteten*, bør fokus være på person og velvære. Omsorgen skal være et mål i seg selv. Som Aakre og Martinsen påpeker, skal stell være velvære.

I tillegg til tid, peker Martinsen på at teknologi og teori kan komme i veien for sykepleiefaglige kvaliteter som handler om å være sansende og sårbart tilstede. Bruk av bevisst berøring i omsorg av terminale pasienter handler om de to sykepleiepliktene å lindre lidelse og legge til rette for en verdig død. Martinsen skriver at pleiesituasjonen skal ha som mål å gjøre pasientens her-og-nå-situasjon best mulig (Martinsen, 2003b). Taktil berøring som tiltak bidrar til dette.

#### 4.4 Realisering av moralsk omsorg

”Vi reagerer på berøring med skjerpet oppmerksomhet og – kunne man kanskje si – ifølge en utførlig og hemmelig kode som ikke er skrevet noe sted, som ingen kjenner, og som alle likevel forstår” (Sapir i Autton, 1990: 20)

Veien til lindring for terminale pasienter på sykehjem går gjennom at pasientene opplever seg sett (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Å være i terminal fase kan involvere vanskelige følelser av manglende egenverdi og integritet. Huden er menneskets fysiske grense mot omverdenen og utgjør grensen mellom ”jag’et” og ”ikke-jag’et”. Huden er essensiell for vår kroppoppfatning, vårt selvbylde og utviklingen av et selvstendig jeg (Autton, 1990). Ved taktil berøring både bekreftes og overskrides denne grensen. Berøringen bekrefter rammen rundt personen, at vedkommende er et eget individ. Men berøringen overskrider også dette skillet ved at to (eller flere) er tilstede sammen. Kontakten kan fungere som en måte å oppheve avstand på, og gi en følelse av å være hel. Berøring er helt grunnleggende for trøst, trygghet, omsorg og lindring. Berøring er i det hele tatt nødvendig for å bekrefte vår eksistens: du tar på meg, og jeg kjenner at jeg

er. Følelsen av å være hel kan svikte, og opplevelsen av egne grenser kan svekkes i den terminale fase, og oppleves som et slags tap av selvet. Det er et viktig psykisk behov å føle egenverd, og egenverdien bekreftes i stor grad gjennom andre. Omsorgsfulle hender kan bekrefte den døendes individuelle verdi. Dette er spesielt aktuelt på sykehjem, der beboerne kan slite med følelsen av å være forlatt (Sansone & Schmitt, 2000).

Mange eldre, og mennesker med alvorlig sykdom, opplever forakt for egen kropp og dens forfall, og kan føle seg *uberørbare* og frastøtende (Eide & Eide, 2007). Derfor uttrykte pasienter at det var av største betydning at utøveren viste aksept og medfølelse under berøringen (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Det viser seg at taktil berøring kan motvirke slike følelser og være en direkte støtte til deres opplevelse av egen verdi og integritet. Opplevelsen av å få noens fulle oppmerksomhet trigget utvilsomt følelser av å kjenne seg spesiell (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009).

Martinsen peker på at enhver sykepleiesituasjon har moralsk karakter. Møtet mellom sykepleier og en terminal pasient er ekstremt asymmetrisk med hensyn til makt og muligheter. Pasienten er avhengig av hjelp til det aller meste, men er i svært liten grad selv i stand til å yte noe for andre. Pasientens identitet, knyttet til rollene fra et aktivt, friskt liv er svekket. Det sies at man kan måle en nasjons kulturelle nivå etter hvordan de svakeste behandles. Martinsen understreker sykepleieres særlige plikt til å ta vare på de mest hjelpetrequende (Kristoffersen, 2011).

Tiltak med taktil berøring bidrar til å ivareta terminale pasienters psykologiske og åndelige behov. Ved slike tiltak kan pasienten oppleve en midlertid frigjøring fra fysisk og psykisk ubehag. Pasienten identifiserer seg mindre med en skrøpelig og smertefull kropp og kan oppleve en form for transcendens – en løsrivelse fra både tid og sted (Cronfalk, Strang, Ternestedt, et al., 2009). Under berøringen slipper plagsomme tanker taket og angst og uro lindres.

Berøring som positivt tiltak forutsetter en tilstedeværelse fra sykepleiers side og kan skape en tilstedeværelse hos den terminale pasienten. Grader av forvirring kjennetegner den palliative fasen, og taktil berøring kan gi pasienten en ro og betryggende følelse av kontakt med omgivelsene og situasjonen. Særlig massasje av føttene har vist seg å

kunne gi en sengeliggende pasient en følelse av *grounding*, av ”fotfeste” og forankring i tilværelsen (Alexandersson et al., 2003). Man er blitt stadig mer oppmerksom på verdien som ligger i å være tilstede i øyeblikket. Denne verdien er enda mer essensiell og innlysende for en terminal pasient – som per definisjon har lite trøst og glede i å tenke på fremtiden. Fokuset på her-og-nå-situasjon – i kontrast til formålsrasjonaliteten - er i tråd med Martinsens tanker.

Den taktile berøringen kan føre til behagelige følelser av indre kraft og styrke. Dette henger sammen med det parasympatiske nervesystemet og hormonet oxytocin som frigjøres ved berøring. Det kan indirekte styrke vårt mot ved å redusere vår opplevelse av fare (Ertner, 2014). Behandling med taktil berøring kan derfor styrke evnen til å møte døden og det ukjente man har i vente, og gå inn i situasjon med fred, tillit og ro fremfor frykt.

Berøring er en unik sans; vi kan se og høre uten å bli sett og hørt selv, men vi kan ikke berøre en annen uten å bli berørt selv (Dossey et al., 2012). God omsorg ved livets slutt krever interesse, engasjement og erfaring (Hjort, 2008). FN påpeker at den døende har ”rett å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død” (NOU 1999:2, 1999). Martinsen påpeker at det å være sansende tilstede også innebærer å være sårbart tilstede (Kristoffersen, 2011). I sykepleie ved livets slutt må vi våge å gi av oss selv og ta i bruk det mest grunnleggende instrumentet i menneskelig nærkontakt på en bevisst måte.

## 5. Avslutning

Som nevnt, kommer *palliativ* opprinnelig av ordet kappe; huden er vår ”kappe”, og ved å bevisst stimulere huden, er det som om vi styrker kroppens egen beskyttelse (Ertner, 2014). I omsorgsarbeid ved livets slutt på sykehjem vil tiltak som styrker følelsen av nærhet og tilhørighet være av stor betydning. Taktil berøring er et enkelt, tilgjengelig og kostnadsfritt redskap som med fordel kan innføres på sykehjem, som en integrert del av palliativ omsorg. Palliativ omsorg er holistisk i sin natur; målet er å lindre. Taktil berøring har vist seg å lindre mange lidelser knyttet til den terminale fase – fysiologiske, så vel som psykiske, sosiale og åndelige. Støttende og bekreftende nærvær kan lindre og gi livsmot (Aakre, 2001). Taktil berøring gir et fysisk behag som også kan resultere i mentalt og eksistensielt velvære. Omsorg ved livets slutt representerer mange utfordringer for sykepleiere. Vi må være tydende tilstede for å kunne gi omsorg på pasientens premisser. Berøring er et potent virkemiddel som må brukes bevisst. Det er avgjørende at det etableres en god relasjon mellom sykepleier og pasient, preget av tillit og trygghet. Taktil berøring foregår i et følsomt felt, der opplevelsen vil være avhengig av subjektive faktorer hos både giver og mottaker. Etikk og lovverk gir nødvendige rammer for utførelsen. Men regler og retningslinjer kan aldri dekke enhver konkret situasjon; faglig skjønn og menneskelig intuisjon er uunnværlig.

## 6. Litteraturliste

- Alexandersson, M., Dehlén, C., Johansson, I., Petersson, I., & Langius-Eklof, A. (2003). Taktil massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*, 23(1), 27-30.
- Amundsen, I. V., & Carlsen, B. (2012). Lindring av uro i palliativ fase av kreftsykdom. *Fysioterapeuten*, 79(9), 30-32.
- Austgard, K. I. B. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Autton, N. (1990). *Berøring: berøringens bruk i omsorg og terapi* (B. Sjøfjell-Hansen, Trans.). Øyslebø: Eikstein forlag.
- Borch, E., & Hillervik, C. (2005). Opplevelser av kroppslig berøring i omvårdnadsarbetet—patienter beråttar. *Nordic Journal of Nursing Research*, 25(4), 4-9.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Buber, M. (2004). *I and thou* (R. G. Smith, Trans.). London: Continuum.
- Bush, E. (2001). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults. A Holistic Nursing Intervention. *Journal of holistic nursing*, 19(3), 256-270.
- Cronfalk, B. S., Strang, P., Ternestedt, B.-M., & Friedrichsen, M. (2009). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care—an intervention. *Supportive care in cancer*, 17(9), 1203-1211.
- Cronfalk, B. S., Strang, P., & Ternestedt, B. M. (2009). Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. *Journal of clinical nursing*, 18(15), 2225-2233.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dossey, B. M., Certificate, C.-D. I. N. C., Keegan, L., & Association, C.-D. I. N. C. (2012). *Holistic nursing*: Jones & Bartlett Publishers.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ertner, L. D. (2014). *Berøring: i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Fugelli, P. (2012). Døds kvalitet. *Aftenposten*. Hentet fra:  
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Dodskvalitet-6747577.html>
- Fyrand, O. (1996). *Det gåtefulle språket: om hudens kommunikasjon*.  
Universitetsforlaget.
- Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning*, 2(3), 174-180.
- Helsepersonelloven (1999a). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2010). *Taktil beröring och lätt massage: från livets början till livets slut*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjort, P. F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (pp. 447-455): Gyldendal Akademisk.
- Holm, M. S., & Husebø, S. (2015). *En Verdig alderdom: omsorg ved livets slutt*.  
Bergen: Fagbokforl.
- Husebø, B. S., & Husebø, S. (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg—  
hvordan gjør vi det i praksis? 1352–4. *Tidsskrift for Den norske  
legeforening*(Nr. 10).
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, T. L. (2004). Det gode håndlag. Reflektert eller ureflektert berøring gjør  
forskjell. *Sykepleien*, 92(21), 45-47.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. In N. J. Kristoffersen,  
F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (pp. 208-  
280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*.  
[Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*.  
[Oslo]: Universitetsforl.
- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt,  
& E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal  
Akademisk.
- Nissen, M. (2008). At berøre og blive berørt. *Fysioterapeuten*(Nr. 19), 8-12.

- Norsk Sykepleierforbund. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *NSFs almanakk 2002*.
- Norsk Sykepleierforbund. (2015). Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- NOU 1999:2. (1999) *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo
- Olphert, A.-M. (2014). The mindful caregiver: palliative care in California. *British Journal of Nursing*, 23(19), 1018-1018.
- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999b). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Roberts, K., & Campbell, H. (2011). Using the M technique as therapy for patients at the end of life: two case studies. *Int J Palliat Nurs*, 17(3), 114-118. doi: 10.12968/ijpn.2011.17.3.114
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J., & Toverud, K. (2006). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi, 1*.
- Sansone, P., & Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric Nursing*, 21(6), 303-308.
- SNL, S. n. 1. (2015). Taktil. Hentet fra: <https://snl.no/taktil>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. [Oslo]: Cappelen Damm.
- Sæteren, B. (2006). *Kampen for livet i vemodets slør: å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet*. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Uvnäs-Moberg, K. (2006). *Afspænding, ro og berøring: om oxytocins lægende virkning i kroppen*. København: Akademisk.
- WHO, W. H. O. (2015). WHO Definition of Palliative Care. Hentet fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Aakre, M. (2001). Snakk sant om døden! *Omsorg nr, 2*, 12-19.
- Aakre, M. (2014). Sykepleie i palliasjon - i erfaringsbasert og etisk perspektiv. *Omsorg*, 31(3), 47-51.